**プロポーザル辞退申込書**

様式２

令和　　年　　月　　日

一般財団法人魚沼市医療公社

理事長　佐藤　幸示　様

所在地

商号又は名称

役職

代表者氏名（契約権者名） 　　　　　　　　　　　㊞

業務名：一般財団法人魚沼市医療公社 職員福利厚生制度請負契約プロポーザル

令和　年　月　　日付けでプロポーザルの指名がありました上記業務において、下記の理由によりプロポーザル参加を辞退いたします。

記

辞退理由

担当部署名

担当者職氏名

所在地

電話

ＦＡＸ

Ｅ－Ｍａｉｌ