様式10

**参　加　辞　退　書**

令和　年　月　日

　常 滑 市 長 　殿

所　在　地

商号又は名称

代　表　者 　㊞

下記業務について、公募型プロポーザルへの参加を辞退します。

記

**【業務名】**

地方独立行政法人知多半島総合医療機構会計監査業務委託

**【理　　由】**

**（担当者連絡先）**担当部署

職・氏名

電話番号（会社）

電話番号（携帯）

電子メール