様式４

令和　　年　　月　　日

菊川市長　あて

|  |  |
| --- | --- |
| 住所または所在地 |  |
| 商号または名称 |  |
| 代表者氏名 | ㊞ |

プロポーザル応募辞退届

令和　　年　　月　　日に応募を申込みした「菊川市地域包括ケアシステム推進事業公募型プロポーザル」の応募を辞退したいので届け出ます。

　辞退理由

|  |
| --- |
| ※辞退に至った理由をできる限り詳細にご記入ください。 |
|  |

　　　　　　　　担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所在地 |  |
| 所属/担当氏名 |  |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |