様式８

令和　　年　　月　　日

枝幸町長　村 上 守 継　様

所在地

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　㊞

参 加 辞 退 届

「枝幸町国民健康保険病院機能再編計画策定支援業務」の公募型プロポーザルに提案参加表明いたしましたが、都合により参加を辞退します。