

辞 退 届

平成 年 月 日

(あて先) 地方独立行政法人
長崎市立病院機構 理事長 様

(所在地)
(商号又は名称)
(代表者氏名) 印

「長崎みなとメディカルセンター 物品管理調達業務（SPD）委託事業者選定プロポーザル」

に係る提案募集に申込みましたが、都合により辞退させていただきます。