

様式 5

辞 退 届

令和 年 月 日

岐阜市病院事業管理者 様

(参加申込者)

住 所

商号又は名称

代 表 者 名

印

岐阜市民病院医療事務等業務委託プロポーザルに参加を申し込みましたが、都合により辞退いたします。