【様式１０】

令和　　　年　　月　　日

宇和島市長　岡原　文彰　様

（宇和島市保健福祉部保険健康課　行）

所在地：

商号又は名称：

代表者職氏名：　　　　　　　　　　印

辞退届

重複頻回受診等対策業務プロポーザル実施要領に基づき参加申込書（又は企画提案書）を提出しましたが、都合により参加を辞退します。

【担当者連絡先】

　所属：

　氏 名：

　電話番号：

　FAX番号：

　E-mail：