

【様式2】

プロポーザル参加辞退届

年 月 日

一般社団法人福山市医師会
会 長 西 岡 智 司 様

郵便番号
住所（所在地）
事業者名
代表者

福山市医師会看護専門学校 業務支援システムの構築プロポーザルに参加申込書を提出しましたが、諸般の事情により辞退いたします。

項 目	内 容
事業者名	
代表者氏名	
所在地又は住所	〒
電話番号	
担当者	
E-mail	