

【様式2】

プロポーザル参加辞退届

令和 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 検査事業部 病理システム更新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	