辞　退　届

平成　　年　　月　　日

（宛先）高松市病院事業管理者

住所（所在地） 〒

（ﾌﾘｶﾞﾅ）

商号又は名称

（ﾌﾘｶﾞﾅ） 　　　　　　　　　　　　　　社印

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　印

下記の理由により、高松市立みんなの病院医療情報システム更新業務事業者選定プロポーザルへの参加を辞退します。

記

（理由）