様式第２号

　　令和　　年　　月　　日

長野原町長　様

参加辞退届

「旧長野原町へき地診療所利活用事業公募型プロポーザル」の資格審査の参加を辞退したいので、届け出ます。

事業者名

住所（所在地）

商号又は名称

代表者

職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

事務担当責任者の連絡先

所属

氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

メールアドレス

【辞退理由】　※辞退に至った理由を詳細に記載してください。