様式３

令和　　年　　月　　日

　社会医療法人寿人会

理事長　木村 知行　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先 |  |

**辞　退　届**

令和　　　年　　　月　　　日付けで参加資格を有すると認められた令和６年度介護業務支援システム更新業務に係る公募型プロポーザルについて、下記理由により参加を辞退します。

記

辞退の理由