（様式５）

令和 年 月 日

プロポーザル参加辞退届

尼 崎 市 長 宛

所在地（住所）

名称又は商号

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

令和５年度尼崎市国民健康保険柔道整復施術療養費支給申請書内容点検業務委託にかかるプロポーザルの参加を辞退します。

（辞退理由）

（担当者連絡先）

所 属

役 職 名

氏 名

電 話 番 号

Ｆ Ａ Ｘ 番 号

メールアドレス