

(様式13)

提案辞退届

年 月 日

福山市病院事業管理者 様

住所又は所在地	_____	実印又は使用印 
申請者 商号又は名称	_____	
代表者職名前	_____	

(角印等を使用する場合は押印のこと。)

福山市民病院公営企業会計システム再構築業務のプロポーザル参加資格の認定を受けましたが、辞退いたします。

(辞退する理由)