（様式10）

参　加　辞　退　届

　　令和　　　年　　月　　日

神戸市長　あて

（申請者（代表者））

所在地

法人・団体名

代表者役職・氏名

（申込に関する担当連絡先）

部署・職名

氏名

電話番号

Ｅ-mail

令和　　　年　　月　　日付で参加申込書を提出しましたが、下記のとおり、都合により参加を辞退いたします。

記

１．件名　　地方独立行政法人神戸市民病院機構会計監査業務

２．構成員　　※共同企業体での応募の場合のみ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 共同企業体の構成員 | 所 在 地  法人・団体名  代表者役職・氏名 |
| 所 在 地  法人・団体名  代表者役職・氏名 |
| 所 在 地  法人・団体名  代表者役職・氏名 |

記入欄が足りない場合は、欄を追加して使用してください。