（様式第５号）

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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名又は印

※押印する場合、法人にあっては登録代表者印を押印してください。

（申込に関する担当連絡先）

部署・職名

氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅ-mail

令和　　年　　月　　日付で公募型プロポーザルに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　神戸医療産業都市におけるエリアマネジメントのあり方検討支援業務

２．構成員　※共同事業体での応募の場合のみ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 共同事業体の構成員 | 所 在 地法人・団体名代表者役職・氏名 署名又は印 |
| 所 在 地法人・団体名代表者役職・氏名 署名又は印 |
| 所 在 地法人・団体名代表者役職・氏名 署名又は印 |

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。