生活保護受給者等メンタルケア支援事業業務委託

プロポーザル参加辞退届

令和　　年　　月　　日

（あて先）港　区　長

提出者）本社所在地

事業者名

代表者氏名

　標記業務のプロポーザルに基づく選考への参加を辞退いたします。

（連絡先）担当者所属

担当者氏名

Ｔ　Ｅ　Ｌ

Ｆ　Ａ　Ｘ

メールアドレス