（様式８号）

**辞　退　届**

令和　　年　　月　　日

泉大津市病院事業管理者　石河　修　様

所在地

商号又は名称

代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　泉大津市立周産期小児医療センター患者給食業務における企画提案を、都合により辞退します。

（担当者連絡先）

所　属

氏　名

電話番号

FAX番号

E-mail