（様式２）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（宛先）

　長浜市病院事業管理者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**辞　　退　　届**

　過日、下記業務の一般競争入札について、入札参加申込書を提出しましたが、この度、都合により参加を辞退いたします。

記

１　業務の名称　　市立長浜病院クレジットカード決済業務　その１（ＶＩＳＡ・Ｍａｓｔｅｒ）

【連絡先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属

　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ－ｍａｉｌ