（様式８）

参加辞退届

令和　　年　　月　　日

小田原市病院事業管理者　様

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　 　　　㊞

年 　　　月 　　日付で申込みしていた小田原市立病院新病院患者給食調理業務公募型プロポーザルへの参加を辞退いたします。