

(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

印

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 長浜市立湖北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