様式1

年　　月　　日

豊島区長

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　 印

**プ　ロ　ポ　ー　ザ　ル　参　加　辞　退　届**

記

令和　　年　　月　　日付で健康推進課・保健予防課・地域保健課・長崎健康相談所業務委託（窓口受付等）プロポーザルに参加申込をしましたが、提案を辞退いたします。