様式４

辞　退　届

　　年　　月　　日

　公益財団法人　東京都医学総合研究所　副理事長　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者氏名

（個人にあっては住所、氏名）

下記業務委託のプロポーザルに参加を申し込みましたが、諸般の事情により参加を辞退いたします。

なお、辞退に当たって参加申込により知り得た情報の第三者への漏洩を行わないことを誓約します。

記

１　対象業務名

　　公益財団法人東京都医学総合研究所　給与計算処理に係る導入及び運用業務委託

【連絡先】　担当者所属

氏　名

　　　　　　電　話

　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　メール

　　　　　　　（※本案件の連絡用メールアドレスを必ず記載すること）