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　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　経費精算システム導入等業務委託

【連絡先】　担当者所属　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール