入　札　辞　退　届

年　　月　　日

（宛先）奈良市長

|  |  |
| --- | --- |
| 住所又は所在地 |  |
| 名称又は商号  代表者氏名 |  |
|  | （署名又は記名押印） |

下記の入札を辞退しますので、よろしくお取り計らいください。

記

1. 件　　名　　　指定難病医療費助成窓口等業務

２．開札日時　　　　　　　年　　月　　日　　時　　分