（様式　１－４）

　令和　　年 月　　日

　奈良県福祉医療部長　　様

奈良県医師確保計画策定等に係る業務委託

**辞　　退　　届**

　「奈良県医師確保計画策定等に係る業務委託」に関するプロポーザルへの参加を辞退します。

　 　所　　在　　地 ：

　 　商号・名称：

代表者名： 　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 印