（様式５）

**石川県立中央病院検体検査業務（一社化分）に係る企画提案**

**辞退届**

令和６年　　月　　日

石川県立中央病院長　　様

応募者

郵便番号:

住所:

企業名:

代表者職・氏名: 　　　　　　　　　　　　印

担当者所属・氏名:

電話番号:

FAX番号:

メールアドレス:

石川県立中央病院検体検査業務（一社化分）に係る企画提案への参加を辞退します。

【辞退理由】