

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