

(様式第 7 号)

令和 年 月 日

京都市立病院機構理事長 殿

所 在 地 :

商号又は名称 :

代表者職・氏名 :

印

参 加 辞 退 届

「京都市立病院PFI事業検証支援業務」のプロポーザルに参加を表明しましたが、参加を
辞退します。

(連絡担当者)

部 署 ・ 役 職 氏 名	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
E - m a i l	