令和　　年　　月　　日

**提案競技参加辞退届**

（あて先）

福岡市保健医療局健康医療部保健予防課長

所在地

商号又は名称

代表者氏名

梅毒予防啓発業務委託にかかる提案競技への参加を辞退します。

（辞退の理由）