|  |
| --- |
| 辞　退　届  　業務名  　上記について指名を受けましたが、都合により参加を辞退します。  　令和　　年　　月　　日  　　（宛先）群馬県後期高齢者医療広域連合長  所在地  商号又は名称  代表者の氏名 |