|  |
| --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　 |