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　　　　　　　　　　　　　　　㊞