（様式２）

令和６年度福島県医療データ分析等市町村国保支援事業

　辞退届

令和　　年　　月　　日

福島県知事　　様

住所

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の理由により、令和６年度福島県医療データ分析等市町村国保支援事業企画提案への参加を辞退します。

記

（理由）