様式９

辞 退 届

令和５年 月 日

（あて先）新潟市長

所在地

申請者 名称及び代表者の氏名

印

電話番号

新潟市障害者デイサポートセンターの指定管理者の申請を辞退します。

担当者連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 部署・職名 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| 電子メール |  | | |