（様式8）

令和　　年　 月 　 日

　八重瀬町長　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**取　下　書**

　　 八重瀬町障害者相談支援事業業務委託事業者の募集に対する応募を取り下げますので、

　届け出ます。

　　　　【理由】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【連絡先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：