様式第４号

令和　　年　　月　　日

取　　下　　書

青森県健康医療福祉部医療薬務課長　殿

所在地

事業者名

代表者名

　都合により、令和　　年　　月　　日付けで申し込みをした青森県生産性向上・職場環境整備等支援事業給付金審査業務に係る企画提案参加を取下げいたします。