

# 指定管理者指定申請辞退届

年 月 日

長沼町長 あて

(申込者)  
所在地  
名称  
代表者名

印

下記の施設の指定管理者指定申請を辞退します。

施設名 \_\_\_\_\_

担当者所属 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_