小規模契約希望者登録抹消届

令和　　年　　月　　日

新 城 市 長　　様

住　　　所

商号又は名称

代　表　者

下記内容について、登録の抹消をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 住所又は所在地 | 〒  愛知県新城市 |
| フリガナ |  |
| 商号又は名称 |  |
| フリガナ |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 連絡先電話番号 | （０５３６）　　　　－  ※携帯番号（任意）：　　　　－　　　　　－ |
| ＦＡＸ番号 | （０５３６）　　　　－ |
| ｅ－ｍａｉｌ |  |
| 備考 |  |

**該当項目**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | 該当 | 項目 | 説明 |
| １ |  | 工事（修繕含む。） | 登録抹消する業務を左記記載の項目から選択し、レ点（チェック）をして下さい。（複数可） |
|  | コンサル |
|  | 物品等（役務含む。） |
| ２ |  | 第７条（２）に該当 | 該当する内容にレ点（チェック）をして下さい。  その他を選択した場合、下記理由欄に理由を記載して下さい。 |
|  | その他 |
| 理由欄 | | |
|  | | |

【提出先／新城市役所　総務部財政課（必ず持参して下さい。）】