様式５

令和７年　　月　　日

事業者選定委員会委員長宛て

所在地

事業者名

代表者職氏名

**ＩＣＴ化・ＤＸ化による介護事業所の業務負担軽減支援事業委託**

**プロポーザル方式参加辞退届**

　標記の件につきまして、 事業者名 は、辞退の理由 により参加することができません。

したがって、本プロポーザルの参加を辞退します。

担当者氏名

所属部署

電話番号

E-mail

本様式に記載した担当者情報は、今後、本プロポーザルに関する事務連絡に使用します。