様式１

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申込書**

私は、参加資格要件について全て満たしておりますので、提案書等の必要書類を添えて本プロポーザル方式に参加します。また、本申込書及び今後提出する必要書類の全ての記載事項について、虚偽の記載がないことを誓約します。

【提案金額】今後一切の変更は出来ませんのでご注意ください。

円

※　提案金額は消費税を含むこと。

※　消費税については、10％とし算出すること。

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。