（様式１）

令和　　年　　月　　日

**質　問　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出者 | 事業者名 |  |
| 部署・職名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電　話 |  |
| E-mail |  |

【質問内容】

|  |
| --- |
|  |

・質問がある場合は本質問書を、令和７年８月１日（金）１７時１５分までに、電子メールにて

提出ください。(期限厳守)

・質問の内容に疑義が生じた場合は、質問者に直接電話等によりお問い合わせさせていただきます。

・提 出 先：北九州市保健福祉局　介護保険課（担当 森山、安倍）

ho-kaigo@city.kitakyushu.lg.jp

（様式２）

令和　　年　　月　　日

**参加申出書**

**「対話型AIを活用した介護事業所の生産性向上事業」に係るプロポーザル実施説明書に記載された参加資格を全て満たすため、公募型プロポーザルに申し込みます。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | | | 担当名 |  |
| 住所 |  | | | | |
| TEL |  | Mail |  | | |
| 備考 |  | | | | |

・提出期限：令和７年８月８日（金）１７時１５分まで（期限厳守）

・提出方法：電子メール

・提 出 先：北九州市保健福祉局　介護保険課（担当 森山、安倍）

ho-kaigo@city.kitakyushu.lg.jp

（様式３）

**事　業　者　概　要**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　称 |  | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| 代表者 |  | | | | |
| 設立年月日 |  | | | | |
| 資本金 |  | | | | |
| 沿　　革 |  | | | | |
| 業務内容 |  | | | | |
| 主な実績 | ※名称欄に記載した事業所の実績を記載してください。 | | | | |
| 財務状況  （直近の3年間について記載） | 年度 | 年度 | 年度 | | 年度 |
| 総収入 | 円 | 円 | | 円 |
| 総支出 | 円 | 円 | | 円 |
| 当期損益 | 円 | 円 | | 円 |
| 上記財務状況について、該当するものにチェックしてください。  □名称欄に記載した事業所単独の財務状況　□その他事業所も含む会社全体の財務状況 | | | | |
| 担当者 | 所在地　〒  部署・職名  氏名 | | | 電　話  Ｅメール | |

※財務状況の「総収入」には損益計算書の売上高、営業外収益、特別利益等の全ての収入の合計、「総支出」には売上原価、販売及び一般管理費、営業外費用、特別損失等の全ての支出の合計、「当期損益」には総収入と総支出の差額を記載してください。

（様式４）

令和　　年　　月　　日

辞退届

保健福祉局　介護保険課宛

所在地

商号又は名称

代表者氏名

「対話型AIを活用した介護事業所の生産性向上事業」に係る企画提案について、下記の理由により参加を辞退します。

（辞退の理由）

（担当者連絡先）

氏名

所属・役職

電話番号

E-mail