別添様式

　　年 　　月 　　日

参加申込書

支出負担行為担当官

デジタル庁会計担当参事官 殿

申込者 住所

　　　会社名

　（代表者）氏名

「デジタル庁における健康管理・産業保健（健康管理医）の委嘱」の公募公告を承知の上、参加を申し込みます。

(本件に係る照会・連絡先)

担当者：

電 話：

E-mail：