

函館市国民健康保険運営協議会補欠委員 応募申込書

ふりがな		男・女	生年月日	昭和・平成
氏名			年 月 日	年 月 日
住所	〒	町	丁目	職 業
	函館市		番 号	
				勤務先
連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 _____ <input type="checkbox"/> 勤務先 _____ (内線 _____) ※日中、連絡が可能な方の□のなかにチェック印(✓)をつけてください。			

※次の事項については、該当がある場合に記入してください。

所属している 団体・サークル 名	団体等の役員等に就任している場合は、その役職名も記入してください。 ・ ・ ・ ・ ・		
団体等の活動 略歴	・ ・ ・ ・		
職 歴	・ ・ ・ ・		
本市の他の附属機 関等の委員への就 任状況 (応募中のものを含む)	名称		<input type="checkbox"/> 就任中 (任期 ~) <input type="checkbox"/> 応募中

