

# 病院運営協議会公募委員申込書

令和 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏 名		性別	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	職業	
住 所	(〒 - )	電話	
連絡先等	TEL - -		
勤務先等	住所 名称	TEL - -	
略 歴	年 月	内 容	
応募動機			

記入上の注意点

- 1 「略歴」欄は、差し支えない範囲で記入してください。
- 2 記入スペースが足りない場合は別紙（様式等問いません。）に記入して添付してください。
- 3 提出された書類は返却しませんので、あらかじめご了承ください。
- 4 不明な点は下記にお問い合わせください。

[ 問合せ先及び申込書の提出先 ]

〒 389-1305 信濃町大字柏原 380 信越病院総務係

TEL 026-255-3100 (直通) FAX 026-255-2427 E-mail: sin-etu.hp@town.shinano.lg.jp