全国健康保険協会福井支部評議会の評議員（被保険者）応募申込書

ふりがな		
氏　名		
生年月日・性別		昭和　・平成　　年　　月　　日　　男 ・ 女
連絡先	住　所	
	電話番号	（　　）　　ー　　（ 勤務先 ・ 自宅 ・ 携帯 ）
事業所	名　称	
	所在地	
被保険者証の記号・番号		記号：　　番号：

	年月（期間）	名称（役職）または内容
自己略歴（別紙可）		
応募の動機（別紙可）		

【記入上の注意点】

1. 自薦によります。
2. 自己略歴は、差し支えのない範囲でご記入ください。
3. ご記載いただいた個人情報は、応募に関する問い合わせ及び選考のために利用し、それ以外に無断で使用することはありません。
4. 申し込み時の切手代金、問い合わせ時電話代金、面接の際の交通費等は各自でご負担ください。
5. 申込書（添付書類を含む）は返却いたしません。
6. 申込書は、令和2年4月30日（木）までに到着するよう、郵送、FAXのいずれかによりお送りください。

【送付先】

郵送：〒910-8541　福井市大手3-4-1　福井放送会館5階
全国健康保険協会福井支部　企画総務グループ　あて

FAX：0776-27-8306