

全国健康保険協会奈良支部評議員 応募用紙

|                                   |                    |         |
|-----------------------------------|--------------------|---------|
| ふりがな                              |                    |         |
| 氏 名                               | (姓)                | (名)     |
| 生年月日・性別                           | 昭・平 年 月 日 ( 歳) 男・女 |         |
| 自宅住所<br>(連絡先)                     | (〒 - )             |         |
|                                   | 電話番号： - - FAX： - - |         |
| 健康保険証<br>記号番号                     | 記号：                | 番号：     |
| 事業所名                              |                    |         |
| 事業所所在地<br><br>電話番号<br><br>メールアドレス | (〒 - )             |         |
|                                   | 電話番号： - - FAX： - - |         |
|                                   | メールアドレス：           |         |
| 役 職                               |                    |         |
| 略 歴                               | 年 月                | 名称または内容 |
|                                   |                    |         |
| 応募の動機                             |                    |         |

【記入上の注意】

- 1 自薦によります。
- 2 略歴は差し支えない範囲でご記入ください。
- 3 この応募用紙は、令和6年10月11日(金)までに郵送にてご提出ください。(必着)
- 4 提出いただいた書類(応募用紙等)は返却いたしません。
- 5 個人情報の保護に基づき、提出いただいた書類は本選考の目的以外に使用いたしません。

【あて先】 〒630-8535 奈良市大宮町7丁目1番33号  
全国健康保険協会奈良支部 企画総務グループ あて