

全国健康保険協会千葉支部評議会の評議員（被保険者代表）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			
住 所 (連絡先)	(〒 —) 電話番号 — —			
健康保険の 記号・番号	記号		番号	
事業所名				
事業所所在地	(〒 —)			
役 職				
自 己 略 歴 (別紙可)	期間	名称（役職）または内容		
応 募 理 由 (別紙可)				

《記入上の注意》

- ①自薦によりますが、事業主の同意を得られる場合に限ります。
- ②自己略歴欄は差支えない範囲でご記入ください。書ききれない場合は別紙を添付ください（様式指定なし）。
- ③提出書類等は返却いたしません。
- ④応募及び問い合わせの費用、面接時の交通費等は応募者のご負担となります。
- ⑤提出書類は、応募に関する問い合わせ、選考のためにのみ利用し、それ以外に無断で使用することはありません。
- ⑥この申込書は、令和8年10月2日（金）17時までに郵送（必着）してください。

《申込書の提出先》

〒260-8645 千葉市中央区新町3-13 日本生命千葉駅前ビル2階
全国健康保険協会千葉支部 企画総務グループ 宛て
電話 043-332-2811