

「全国健康保険協会長崎支部評議会」評議員 応募用紙

令和 年 月 日

(ふりがな)			
氏 名		⑩	
生 年 月 日 ・ 性 別		昭 ・ 平 年 月 日 (歳) 男 ・ 女	
健康保険被保険者証の 記号・番号		記 号	番 号
自 宅		(〒 -)	
		電話番号: () FAX: ()	
		e-mail:	
勤務先	名 称		
	所在地	(〒 -)	
		電話番号: () FAX: ()	
		e-mail:	
自 己 略 歴		年 月 (自)	年 月 (至)
		職歴など(勤務先・活動内容)	
応 募 の 動 機			

(ご記入にあたって)

1. 自薦によりますが、事業主の同意を得られる方に限ります。
2. 自己略歴欄は、差支えのない範囲でご記入ください。
(書ききれない場合は、別紙便箋等にご記入いただき、添付してください。)
3. ご提出いただいた書類等については、返却いたしません。
4. 応募および問い合わせ時の費用、面接時の交通費等は応募者の負担になります。
5. ご記入いただいた内容は、選考のためにのみ使用し、それ以外に無断で使用することはありません。