

全国健康保険協会大分支部評議会にかかる評議員応募申込書

住 所 (連絡先)	(〒 —)	
	電話番号： — — FAX： — — e-mail：	
(ふりがな)		
氏 名		
生年月日	昭・平 年 月 日	
事業所名 (事業所記号)	(事業所記号：)	
自己略歴	年月 (期間)	名称又は内容
応募の動機 (別紙可)		

【記入上の注意】

1. 自薦によりますが、事業主の同意が得られる方に限ります。(選考された場合は、事業主の同意書が必要です。)
2. 自己略歴は、差し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(任意様式)にご記入ください。
3. 提出していただいた書類等(申込書等)については返却いたしません。
4. お申し込み時の切手代金、お問い合わせの時の電話代金、面接の際の交通費等は各自のご負担となります。
5. この申込書は、令和8年10月20日までに、郵送(当日消印有効)またはFAXで送付してください。

【宛 先】

全国健康保険協会大分支部 企画総務グループ

郵送：〒870-8570 大分市金池南1-5-1 ホルトホール大分(MNCタウン2階)

TEL：097-573-5630 FAX：097-575-5640

※ この申込書に記載されている個人情報につきましては、評議会評議員選定の目的以外では使用いたしません。