

全国健康保険協会京都支部評議員（被保険者代表）応募用紙

健康保険 被保険者証の 記号・番号	記号		番号	
(ふりがな) 氏 名				
生年月日（年齢）	昭・平	年	月	日（ 歳）
				性別
				男 ・ 女
住 所	(〒 -)			
電話番号		FAX 番号		
事業所名称				
事業所所在地	(〒 -)			
事業主名				
事業所電話番号		事業所 FAX 番号		
現在の役職				
略 歴	年月（自）	年月（至）	職歴など（勤務先・活動内容）	
応募動機				

(記入・提出に当たって)

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。
2. 自己略歴欄について、職場や地域での健康づくり活動を行っている場合もご記入ください。(記入欄が不足する場合は別紙を作成してください)
3. ご提出いただいた書類については返却いたしません。
4. 応募にかかる費用(郵送料、交通費等)は応募者の負担となります。
5. 提出した個人情報については、選考のためにのみ利用し、それ以外の用途で無断に使用することはありません。