|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日　提出 | | ※受付番号 |
| ふりがな  氏　　名 |  | |
|  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生（　　　　歳） | |
| 住　　所 | 八幡平市 | |
| 電話番号 | 自宅  携帯 | |
| 職　　業 |  | |
| 現在、委員に選任されている本市のほかの付属機関等の名称 |  | |
| 応募動機等 |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

八幡平市国民健康保険運営協議会委員応募用紙

※受付番号の欄は記入しないでください。