

美祢市地域医療推進協議会公募委員応募用紙

美祢市地域医療推進協議会委員に次のとおり応募します。

(ふりがな) 氏 名		性別	
生 年 月 日		年 齢	歳
住 所	〒 美祢市 (TEL)		
職 業			
経 歴 (職歴、他の委員会 等の委員就任状況)			
応募の動機や「地域医療」に関するあなたの考えを記入してください。 ※記入しきれない場合は、別紙(様式自由)に記入してください。			

* 記入不要

受付番号		受付年月日	令和6年 月 日
------	--	-------	----------