

附属機関委員応募申込書

年 月 日

附属機関等の名称		八戸市地域保健医療対策協議会					
ふりがな 氏 名				性 別	生年月日	昭和 平成	年 月 日生
				男・女	年 齢	満 歳	
住 所		〒 八戸市					
職 業				勤務先			
連絡先	電 話	自 宅 等				勤務先	
		携 帯					
	F A X						
	E メール						
八戸市の附属機関（審議会など）の委員に委嘱された経験のある方や、現在委嘱されている方は、その附属機関名を記入してください。また、現在他の公募委員に応募されている場合は、その附属機関名を記入してください。 【例：〇〇審議会委員（△年□月まで）、◇◇審議会の公募委員に応募している】							
※申込書提出後に他の公募委員に応募された場合は、速やかにご連絡ください。							
応募の動機 ・抱負など							

※裏面にあるテーマに対する意見・提案等を500字以内でご記入ください。

※様式はこれに限らず、別紙を添付してもかまいません。

[illegible]