

新留萌市立病院改革プラン評価委員会
市民委員公募申込書

*欄は記入しないこと

写真貼付	整理番号*					
	フリガナ					
	氏名					
	電話番号	(自宅)	(携帯)			
	生年月日		(歳)	性別	男 ・ 女	
住所	〒				Eメールアドレス	
職歴	勤務先・職務内容・期間等					
現在		年	月	～	年 月	
その前 (学歴等含む)		年	月	～	年 月	
その前 (学歴等含む)		年	月	～	年 月	
その前 (学歴等含む)		年	月	～	年 月	
過去に留萌市の他の審議会等の委員に就任したことはありますか (該当箇所に○を記入)	<ul style="list-style-type: none"> ・ある (審議会等の名称、就任時期を記入) ・ない 					
応募の動機						
添付書類	病院へのメッセージ テーマ：住民に求められる病院となるために必要なこと					