箕面市立病院指定管理者評価委員会 市民委員募集

応　募　用　紙

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 名前 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| Ｅﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 医療分野に関する活動の経験などがありましたらご記入ください。 |
|  |

※ 電話番号は日中繋がりやすい番号としてください。

※用紙が足りない場合は、このページを適宜コピーしてご使用ください。