

川崎市地域医療審議会市民委員 申込書

令和 年 月 日

附属機関の名称	川崎市地域医療審議会		
(ふりがな) 氏名		性別	
生年月日	年	月	日
住所	〒		
電話番号			
職業			
市民となった日	年	月	日
申込理由			
職歴	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
活動経験			

申込書に記載された個人情報は、今回の選考のみに使用いたします。