

出水市病院事業運営委員会委員応募用紙

氏 名	(ふりがな)
住 所／連絡先	〒
	電話番号 () - 携帯電話番号 - -
生 年 月 日	年 月 日生
性 別	男 ・ 女
職 業	
応 募 動 機 ※病院事業に対するご意見等がありましたら記入してください。	

問い合わせ先 出水総合医療センター総務課 電話 6 7 - 1 6 1 1