群馬県がん対策推進協議会委員　応募用紙

申込日　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　　　名 |  |
| 住　　　所 | 〒 |
| 性 別 | 男　・　女 | 生 年 月 日 | 大正昭和　　　年　　月　　日平成 |
| 職　　　業 |  |
| 勤 務 先 |  |
| 保健･医療･福祉分野での活動歴 | がんの患者さんへの支援活動をはじめ、保健・医療・福祉分野での活動歴があれば、概要を御記入ください。 |
| 電 話 番 号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

※応募にあたっては、本紙のほか、応募理由書（A4タテ、横書き、８００字以内）を提出してください。