＜様式第１号＞

（機関名：旭川市保健所運営協議会）応募用紙

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　　名 |  |
| 性別・年齢 | □ 男 性□ 女 性 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生まれ満　　　　歳（令和６年７月９日現在） |
| 住　　　所 | 〒電話（　　　　）　　－ |
| （この他に連絡先がある場合は住所等を記入してください。） |
| 勤 務 先（通 学 先） | （他の市町村にお住まいの方で，旭川市内に通勤・通学している方のみ記入してください。）勤務先・通学先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）同住所（旭川市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 応 募 状 況 | （現在，他の附属機関等に応募されている場合は，その機関名を記入してください。） |

**＜応募の動機について、記入してください。＞**

**＜旭川市保健所の事業のあり方について、記入してください。＞**

※ 備考　この様式により難い場合は，この様式に準ずる別の様式を用いることができます。

[応募期間]

令和６年４月２２日（月）から令和６年５月２２日（水）まで

[提出先及び問合せ先]

　〒070-8525　旭川市７条通９丁目　旭川市役所総合庁舎４階　旭川市保健所保健総務課

　Ｅ－ｍａｉｌ：hokensoumu@city.asahikawa.lg.jp

　電話：０１６６－２５－６３５４（直通）

　ＦＡＸ：０１６６－２６－７７３３

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 | 受付日 |
|  |  |