町田市病院事業運営評価委員会 公募委員 応募用紙

ふりがな		性別
氏 名		男・女・回答しない
生年月日	年 月 日	
住 所	〒	
	町田市	
連絡先	自宅：	携帯電話：
	メールアドレス：	
他の付属機関の委員・地域活動・ボランティア活動等のご経験（あれば）		

町田市病院事業運営評価委員会 公募委員 作文用紙

応募の動機 (150字～250字)

町田市民病院に望むこと (800字～1200字)