

鳥取県中部保健医療圏地域保健医療協議会 公募委員 応募用紙

(令和4年 月 日)

(ふりがな) 氏名	()	生年 月日		性 別	
住所	(〒 -)			職 業	
連絡先	電話番号： ※平日昼間繋がりがやすい番号を記入してください				
	電子メール： ※メールアドレスをお持ちの場合は記入してください				
応募資格の確認 (該当する項目全て にチェックを入れて ください。)	<input type="checkbox"/> 県内中部に住所を有する。 <input type="checkbox"/> 18歳以上で、地域保健医療の推進に関心があり、施策、事業などの提案に意欲がある。 <input type="checkbox"/> 年2回程度、主に平日夜間に中部地域で開催する会議に出席できる。 <input type="checkbox"/> 任命時に、県の他の執行機関及び附属機関の委員に併任又は就任予定はない。 <input type="checkbox"/> 鳥取県暴力団排除条例(平成23年鳥取県条例第3号)に規定する暴力団員等ではない。 <input type="checkbox"/> 国会議員、県議会議員、市町村長、市町村議会議員及び県職員ではない。				
地域保健医療等に係 るこれまでの関わり					
県の地域保健医療等 に係る施策に対する 考え、思いなど (400字程度)					