

## 鳥取県死因究明等推進協議会（公募委員応募用紙）

令和    年    月    日

(ふりがな)			性別	
氏 名				
住 所	(〒            ー            )			
生年月日	年        月        日 (        歳)			
職 業				
連絡先 (電話は連絡の取れる番号をお願いします。)	電話(または携帯)	ー	ー	
	ファクシミリ	ー	ー	
	電子メール			
<p style="text-align: center;">応募資格の確認</p> <p>(該当する項目にチェックを入れてください。すべてを満たす方に応募資格があります。)</p>	<input type="checkbox"/> 県内在住の満 18 歳以上である <input type="checkbox"/> 死因究明に関する取組について知識、関心があり、施策等への審議に参加する意欲がある <input type="checkbox"/> 平日に開催の協議会に参加できる(年 1 回程度) <input type="checkbox"/> 委嘱時に、県の他の附属機関委員に就任していない又は就任予定がない <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ない <input type="checkbox"/> 県議会議員及び県職員並びに市町村長及び市町村議会議員でない <input type="checkbox"/> 医療に関する経験を有する又は医療に関する学識経験を有する			
<p style="text-align: center;">医療に関する経験・学識経験</p> <p>(過去の経歴、取組内容について記入してください)</p>				
<p style="text-align: center;">記述欄</p> <p>(応募理由及び「死因究明」についてあなたの医療に関する経験や学識経験に基づく考えや感じていることなどを 400 文字程度でお書きください。)</p>				

