鳥取県西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6年　　月　　日

<table>
<tr><td>（ふりがな）
氏　　名</td><td></td><td>年齢</td><td>歳
年　月　日生</td><td>性別</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2">（〒　　ー　　）</td><td>職業</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">連 絡 先</td><td>電　話</td><td colspan="4">（　　）</td></tr>
<tr><td>ファクシミリ</td><td colspan="4">（　　）</td></tr>
<tr><td>電子メール</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>応募資格の確認

※該当する項目にチェックを入れてください。
※全てを満たす方に応募資格があります。</td><td colspan="5">☐ 県西部に在住で、就任時点で満18歳以上かつ満70歳以下の方
☐ 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方
☐ 年2回程度、県西部で主に平日夜間に開催される会議に出席できる方
☐ 任命時に、県の他の執行機関及び附属機関の委員に就任又は就任予定のない方
☐ 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方
☐ 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ない方</td></tr>
<tr><td>地域保健医療等に係るこれまでの関わり</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>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）</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>