

鳥取県西部地域歯科保健推進協議会 公募委員 応募用紙

(令和6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。 ※全てを満たす方に応募資格があります。	<input type="checkbox"/> 県内西部に住所地を有する。 <input type="checkbox"/> 18歳以上（令和6年4月1日現在）で、歯と口腔の健康づくり（歯科保健）に関心があり、施策等への審議に参加する意欲がある方 <input type="checkbox"/> 年2回程度、県西部で平日昼間に開催する会議に出席できる方 <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就任又は就任予定のない方 <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こと <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ないこと				
県の歯科保健（歯と口腔の健康づくり）に関する施策に対する考え等 （400字程度）					
応募動機					