

鳥取県中部地域歯科保健推進協議会 公募委員 応募用紙

(令和7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"/> 県内中部に住所地を有する。 <input type="checkbox"/> 18歳以上で、歯科保健（歯と口腔の健康づくり）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、主に平日昼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、県議会議員及び県職員並びに市町村長及び市町村議会議員ではない。				
歯科保健（歯と口腔の 健康づくり）へのこれ までの関わり					
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、思いなど （400字程度）					