

鳥取県医療費適正化計画策定評価委員会 公募委員の応募用紙

住所	〒	-													
(ふりがな) 氏名															
生年月日	年			月			日 (歳)					
電話番号	自宅														
	携帯														
職業又は勤務先 (任意)															

応募資格の確認 (以下の全ての要件に当てはまることを確認し、チェックボックスに☑を御記入ください。)

- 医療を受ける立場から積極的に御意見をいただけること。
- 令和7年2月1日時点で県内在住の満18歳以上であること。
(未成年の方の場合、保護者等の同意があること。)
- 鳥取県内在住であること。
- 県の他の附属機関の委員でないこと。
- 会議に出席ができること。(年2回程度、平日の日中に開催予定です。)
- 鳥取県暴力団排除条例に規定する暴力団員等でないこと。
- 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こと。

○「県民の健康寿命の延伸と適正な医療について」というテーマで、御自身の意見等を400字程度で記載してください。(縦横任意)

※ 記載いただいた個人情報については、公募に係る事務以外には使用しません。