

鳥取県社会福祉・保健サービス評価推進委員会公募委員応募用紙

令和 年 月 日

(ふりがな) 氏名			職業	
生年月日	(満 歳)		性別	
住所	(〒 - )			
連絡先	電話番号			
	電子メールアドレス			
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。ア～カの全てとキからケのいずれかを満たす方に応募資格があります。)	<input type="checkbox"/> ア 就任時点で満18歳以上で、社会福祉・保健サービス評価事業に関する知識、関心があり、事業の実施方法等への審議に参加する意欲がある方 <input type="checkbox"/> イ 鳥取県内に住所地を有する方 <input type="checkbox"/> ウ 任命時に、鳥取県の他の執行機関及び附属機関の委員に就任していない又は就任する予定のない方 <input type="checkbox"/> エ 年2～3回、主に鳥取市内で平日昼間に開催される会議に出席できる方 <input type="checkbox"/> オ 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 <input type="checkbox"/> カ 国会議員、県議会議員、市町村長及び市町村議会議員並びに県職員でない方 <input type="checkbox"/> キ 福祉、経営等の学識経験を有する方 <input type="checkbox"/> ク 家族等の育児又は介護のため福祉・保健サービスを利用した経験を有する方 <input type="checkbox"/> ケ その他審議する事項に関し知識又は経験を有する方			
福祉・保健サービスへのこれまでの関わり				
志望理由 (志望理由として福祉・保健サービスに対する思いや考え方のほか志望理由を400字以内でお書きください。)				