

鳥取県手話施策推進協議会公募委員 応募用紙

令和 5 年 月 日

住所		
ふりがな 氏名		
生年月日	(歳)	
性別		
連絡先	電話	()
	ファクシミリ	()
	電子メール	
職業 (勤務先)		
応募資格 等の確認	<p>該当する項目にチェックを入れてください。 ア～キのすべてを満たす方に応募資格があります。</p> <p><input type="checkbox"/>ア 県内に住所地を有する方</p> <p><input type="checkbox"/>イ 就任時点で満 18 歳以上の方（未成年の場合、保護者等の同意があること）</p> <p><input type="checkbox"/>ウ 会議において積極的に発言する意欲がある方。</p> <p><input type="checkbox"/>エ 年 2～3 回程度鳥取県内で平日昼間に開催する会議に出席できる方</p> <p><input type="checkbox"/>オ 任命時に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方</p> <p><input type="checkbox"/>カ 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</p> <p><input type="checkbox"/>キ 県議会議員、県職員又は市町村職員でない方</p>	
	<p>・専門外の方の御意見を頂きたいため、選考にあたっては手話や聴覚障がい者に関する専門的知識を有しない方を優先することとします。</p> <p><input type="checkbox"/>ク 専門的に手話を学んだことがない</p> <p><input type="checkbox"/>ケ 専門的に聴覚障がいについて学んだことがない</p> <p><input type="checkbox"/>コ これまで聴覚障がい者に関わる業務等に従事したことがない</p>	
応募動機 (300 字 程度)		