

鳥取県薬物乱用対策推進本部会議公募委員 応募用紙

住 所	〒 ー	
(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)		

(※) 自宅・携帯いずれか連絡がとれる電話番号を記載ください。

応募資格の確認（以下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。）

- ☐薬物乱用防止、青少年の健全育成等の活動に関心があり、薬物乱用問題に関して積極的な御意見をいただけること。
- ☐令和８年２月１日時点で満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。
- ☐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。
- ☐鳥取県議会議員及び鳥取県職員並びに市町村長及び市町村議会議員でないこと。

○「薬物乱用のない社会にするために」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）

[illegible]

※ 記載いただいた個人情報については、公募に係る選考事務以外には使用しません。