

鳥取県補助金等審査会（鳥取県障害福祉サービス事業所ハートフルサポート
事業審査委員会）公募委員応募用紙

年 月 日

(ふりがな) 氏名		年齢		性別	
住所	(〒)		職業		
連絡先	電話： ファクシミリ： 電子メール：				
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。全てを 満たす方に応募資 格があります。）	<input type="checkbox"/> 県内に住所地を有する。 <input type="checkbox"/> 18歳以上で、障がい福祉に関心があり、就労系障害福祉サービス事業所の運営に関する知識、関心があり、積極的に意見をいただける。 <input type="checkbox"/> 年1～3回程度、県庁（鳥取市東町）で平日昼間に開催する会議に出席できる。（状況により、書面開催又はオンライン開催の場合あり） <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 就労系障害福祉サービス事業所を運営する法人の役員・従業員でない。				
●志望動機 ●障がい福祉に関する意見や思い ●審査に対する知識・意欲 等					