**鳥取県医療審議会（公募委員応募用紙）**

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | | 性別 |  |
| 氏名 |  | |
| 住所 | （〒　　　　　－　　　　　　） | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　（　　　歳） | | | |
| 職　　業 |  | | | |
| 連絡先  （電話は連絡の取れる番号をお願いします。） | 電話（または携帯） | －　　　　　　　　－ | | |
| 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。すべてを満たす方に応募資格があります。） | □　本県の医療提供体制に関する事項に関心があり、本審議会に参加する意欲をお持ちの方  □　県内在住で、就任時点で満18歳以上かつ満７０歳以下の方であること  □　平日に開催される審議会に参加できる方（年４回程度）  □　県が設置する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  □　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  □　国会議員、県議会議員、市町村長、市町村議会議員及び県職員でない方 | | | |
| 記述欄  （応募理由及び「鳥取県の医療提供体制」についてのあなたの考えや感じていることなどについて、400文字程度でお書きください。） |  | | | |