神奈川県歯科保健医療推進協議会 公募委員申込書

(ふりがな) 氏 名	()
性 別	男 ・ 女
年 齢	歳 (令和7年4月1日現在)
職 業	
住 所	〒
勤務先又は在学地の 所在地・名称 (住所が県外の方の みご記入ください)	〒 (名称)
電話番号	() -
F A X 番号	() -
確認事項	以下の事項に当てはまらないことをご確認いただき、() 内に ○をつけてください。※該当する場合はご応募いただけません。 () 私は以下の事項に該当しません。 ・ 神奈川県職員 ・ 神奈川県職員であった者 ・ 神奈川県議会議員 ・ 神奈川県の附属機関の委員及び懇話会・協議会等の構成員

※ この申込書とともに、委員志望動機を 600 字程度 (様式自由) にまとめ、併せてご提出ください