神奈川県保健医療計画推進会議（公募委員）　申込書

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 |  |
| 性別 | 男　・　女 |
| 年齢 | 歳（令和４年４月１日現在） |
| 住所 | 〒　　　　　－ |
| 職業 |  |
| 勤務先又は在学地の所在地・名称  (県外に住所があり、県内に在勤・在学の場合のみ記載ください) | 〒　　　　　－  （名称） |
| 電話番号 | 自宅  （　　　　　　　）　　　　　　　　－  携帯  　（　　　　　　　）　　　　　　　　－ |

（注）小論文「医療の提供体制について思うこと」（Ａ４横書き・800字程度、様式自由）を添付してください。