神奈川県医療費検討委員会　公募構成員申込書

別　　紙

（注）小論文「医療費について考えること」（８００字程度・様式自由）を添付して御提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏名 |  |
| 性別 | 男　　　　・　　　　女 |
| 年齢 | 　　　　　歳（令和５年４月１日現在） |
| 生年月日 | 　　　　　 年　　　　月　　　　日 |
| 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　（　　　　　　　）　　　　　　　－ |
| ファクシミリ | （　　　　　　　　）　　　　　　　－ |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 経　　歴(学歴・職歴等を御記入ください。) | 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 県の他の審議会委員の就任状況 | 無　 ・ 　有　　（「有」の方は応募の対象外となります。） |