

神奈川県小児医療協議会 公募構成員申込書

(ふりがな) 氏 名		性 別	
年 齢	歳（令和7年4月1日現在）	職 業	
住 所	〒 —		
県外に住所を有し、県内に在勤・在学の方は、在勤地または在学地の所在地及び名称を記載してください。	在勤地または在学地の所在地： 〒 — 名称：		
電 話 番 号	（必ず日中、連絡の取れる電話番号を記入してください。） 自宅電話：（ ） — 携帯電話：（ ） —		
育児や小児医療に関連する活動を行っている場合（行っていた場合も含む。）は、その内容をご記入ください。	（記入例） ・〇〇市の小児医療協議会構成員（平成30年4月～） ・看護師の資格保有 ・育児中（子ども10歳）、子育て経験あり		

● 選考方法

- 書類選考 お送りいただいた書類をもとに、選考を行います。
選考の結果は令和7年3月中旬から下旬頃に応募された方全員に通知します。
- 面接選考 書類選考の結果に基づき、令和7年3月下旬頃に面接選考を行います。
なお、面接の日時及び場所については、対象の方へ別途ご連絡します。
※ 面接会場までの交通費は支給いたしません。（Zoomによるオンライン面接可）
- 構成員の決定 面接選考の結果は、令和7年4月上旬から中旬頃に通知します。
構成員に決定された方には、令和7年5月1日以降に開催される協議会に参加していただきます。

● 会議開催予定

年間2～3回程度、平日の昼間又は夜間に2時間程度、
オンライン（Zoom）又は横浜市内会場での開催を予定しています。

● その他

- 構成員になられた方には、会議出席の都度、県の定める基準により謝礼をお支払いします。
- 会議及び議事録は、原則として公開されます。
- お送りいただいた個人情報は協議会公募構成員の選考のみに使用し、神奈川県個人情報保護条例の規定に基づき厳正に取り扱います。

★お問い合わせはこちら★

神奈川県 医療整備・人材課 医療整備グループ
電話 （045）210-1111（内線）4879