

神奈川県アルコール健康障害対策推進協議会公募構成員申込書

(ふりがな) 氏 名	
性 別	男 ・ 女
年 齢	歳(令和 7 年 6 月 1 日現在)
住 所	〒
在勤・在学市町村名 (県内在住の方は記入不要)	
職 業	
電話番号	
応募の動機・目的	
確認事項	以下の事項にあてはまらないことを御確認いただき、() 内に○をつけてください。 ※ 該当する場合は御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

(注) 神奈川県アルコール健康障害対策に関する意見書

「家族のアルコール健康障害とどのように向き合うか」(800字程度)を添付