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５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 | （　　　　　）　　　　　　－ |
| ＦＡＸ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