（様式１）

神奈川県医療対策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６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「神奈川県の医師確保対策について」（Ａ４横書き・８００字程度）を添付（様式２又は任意形式）して下さい。