（様式）

鳥取県救急搬送高度化推進協議会公募委員　応募用紙

令和７年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | 性別 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | （〒　　　　　－　　　　　　） |
| 生年月日 | 年　　月　　日　（　　歳） |
| 職業又は勤務先 |  |
| 連絡先（電話は連絡の取れる番号をお願いします。） | 電話 | －　　　　　　－ |
| ファクシミリ | －　　　　　　－ |
| 電子メール |  |
| 応募資格の確認（該当する項目にチェックを入れてください。ア～キのすべてを満たす方に応募資格があります。） | □　ア　県内に住所地を有する満18歳以上の方（令和７年４月１日現在）□　イ　救急医療に関心があり、病院前救護の体制のあり方などの提案に意欲がある方□　ウ　年２回程度、主に平日に開催する会議に出席できる方□　エ　県が設置する他の執行機関及び附属機関の委員に就任していない又は就任する予定のない方□　オ　鳥取県暴力団排除条例（平成23年鳥取県条例第３号）に規定する暴力団員等でない方□　カ　国会議員、県議会議員、市町村長、市町村議会議員及び県職員でない方 |