

## 鳥取県措置入院解除後の支援体制に係る検討会公募委員 応募用紙

平成28年 月 日

住所		
フリガナ 氏名		
生年月日	( 歳)	
性別		
連絡先	電話	( )
	ファクシミリ	( )
	電子メール	
職業 (勤務先)		
応募資格の 確認	<p>該当する項目にチェックを入れて下さい。ア～キのすべてを満たす方に応募資格があります。</p> <p><input type="checkbox"/>ア 県内に住所地を有する方</p> <p><input type="checkbox"/>イ 就任時点で満18歳以上の方であること（未成年の場合、保護者等の同意があること）。</p> <p><input type="checkbox"/>ウ 精神障がい当事者、その家族又は精神保健福祉分野に関する知識や経験を有し、会議において積極的に発言する意欲のある方</p> <p><input type="checkbox"/>エ 年3回程度、県庁（鳥取市東町）で平日昼間に開催する会議に出席できる方</p> <p><input type="checkbox"/>オ 県の他の執行機関及び附属機関の委員に就任していない方</p> <p><input type="checkbox"/>カ 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こと</p> <p><input type="checkbox"/>キ 県議会議員及び県職員でないこと</p>	
応募動機 (300字程度)		