鳥取県後期高齢者医療審査会委員の応募用紙

住　　所	〒　　－	
（ふりがな） 氏　　名		
生年月日	年　　月　　日（　　歳）	
電話番号（※）	自　宅	
	携　帯	
職業又は勤務先 （任意）		

（※）自宅・携帯いずれか連絡がとれる電話番号を記載ください。

応募資格の確認（以下に当てはまることを確認し、チェックボックスに☑を御記入ください。）

□後期高齢者医療の被保険者の立場から積極的に御意見をいただけること。
□令和８年５月１日時点で県内在住の満７５歳以上であること。
□鳥取県内在住であること。
□県の他の附属機関の委員でないこと。
□会議に出席ができること。
□鳥取県暴力団排除条例に規定する暴力団員等でないこと。
□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こと。

○「後期高齢者医療制度が抱える課題について」というテーマで、御自身の意見等を４００字程度で記載してください。（縦横任意）

※　記載いただいた個人情報については、公募に係る選考事務以外には使用しません。