

鳥取県手話施策推進協議会公募委員 応募用紙

令和 8 年 月 日

住所		
ふりがな 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 等の確認	<p>該当する項目にチェックを入れてください。 ア～カの全てを満たす方に応募資格があります。</p> <p><input type="checkbox"/>ア 就任時点で満 18 歳以上である</p> <p><input type="checkbox"/>イ 県内在住である</p> <p><input type="checkbox"/>ウ 就任時点で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又は就任予定がない</p> <p><input type="checkbox"/>エ 年 1 ～ 3 回程度、鳥取県内で平日昼間に開催する会議に出席できる</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>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</p>	
	<p>専門外の方の御意見をいただきたいため、選考にあたっては手話言語や聴覚障がい者に関する専門的知識を有しない方を優先することとします。</p> <p><input type="checkbox"/>キ 専門的に手話言語を学んだことがない</p> <p><input type="checkbox"/>ク 専門的に聴覚障がいについて学んだことがない</p> <p><input type="checkbox"/>ケ これまで聴覚障がい者に関わる業務等に従事したことがない</p>	
応募動機 (300 字 程度)		