

長崎県医療安全相談センター協議会委員・応募申込書

ふりがな		
お 名 前		
生年月日		大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
ご 住 所		(〒 -) 電話 - -
ご連絡先		(〒 -) 電話 - -
活 動 経 験	国・県・ 市町村等 の審議会 等の委員、 モニター 等の経験	
	その他の 活動経験	

[記入上の注意] 「活動経験」欄は差し支えない範囲で記入願います。

- ①「審議会等」には、協議会、懇話会等を含みます。
- ②「その他の活動経験」には、例えば、産業、福祉、文化、地域振興、環境、消費生活、青少年、女性団体やグループ・サークルでの活動経験あるいは、著作や講演など、主なものを記入してください。

[添 付 書 類] 小論文（８００字程度）を添えて提出して下さい。
小論文のテーマは、「患者が安心して医療機関に相談できる環境整備」です。

[応 募 先] 〒850-8570 長崎市尾上町３－１
長崎県福祉保健部 医療政策課 医事・医療相談班
(電話 095-895-2464)

[応 募 期 限] 令和７年６月２０日（金）まで（当日消印有効）