

事務局記入欄	
受付日	月 日
整理番号	

長野県地方薬事審議会公募委員 申込書

(ふりがな) 氏名		性別	男 ・ 女	年齢	歳
住所 (連絡先)	〒 -				
電話番号	自宅 - - (携帯 - -)				
職業	勤務先 (電話番号)	(- -)			
所属団体 及び役職等					
所属団体の 活動期間	団体の連絡先 (電話番号)	(- -)			
応募の動機	<hr/>				
審議会 で活かしたい 所属団体 での活動歴等	<hr/>				

所属団体 以外での 活動経験等	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
所属団体の 活動状況	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
私が考える 長野県の 薬事に関 する 課題と提案	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

- 「所属団体以外での活動経験等」は、現在までの職歴や地域における活動など、所属する団体以外での薬事に関わる活動経験を、差し支えない範囲で記入してください。
- 「所属団体の活動状況」は、パンフレット等既存の資料を添付していただいても構いません。
- 持参、郵送又はファクシミリにより、以下へ提出してください。
〒380-8570（住所記入不要）長野県健康福祉部薬事管理課薬事温泉係
電話：026-235-7157 FAX：026-235-7398
- 募集期間 令和5年6月26日（月）から令和5年7月7日（金）まで
（郵送の場合は、当日消印有効）