**岩手県健康増進計画推進協議会委員**

　　　　　　　　　　　　　　　　　**応　募　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒岩手県　　　　　　市・郡 |
| (ふりがな)氏名 |  |
| 年齢 | 歳　(　昭和・平成　　年　　月　　日生) |
| 性別 | 　男　・　女 |
| 職業勤務先等 | (現に職に就かれている場合、役職がある場合、記載願います。) |
| 連絡先電話等 | 自宅・勤務先・その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX：電子メールアドレス： |
| 地域での健康づくり活動歴 | 　地域において、健康づくり活動を実践した経験のある方は、その概略をご記入ください。 |
| 作文 | 　岩手県健康増進計画推進協議会に応募された動機あるいは健康づくり施策について考えていることを、４００～８００字程度にまとめて提出してください。　様式は問いませんので、市販の作文用紙等を任意にご使用願います。また提出された作文はお返ししません。 |

注）郵便、ファクシミリ、又は電子メールのいずれかの方法で、令和７年６月13日(金)

17時までに県庁保健福祉部健康国保課健康予防担当宛てに提出してください。