

保健医療福祉協議会委員推薦書

(記載例)

令和4・5年度

(ふりがな)	ひらさわ ゆりお	
氏 名	平沢 由利夫	
生年月日	明・大・(昭)42年3月18日(55歳) (男)・女	
現住所	由利本荘市岩谷麓123-4	
職 業	介護支援専門員	
推薦理由	保健医療福祉関連業務に従事している	
略 歴	年月または期間	名称または内容
	昭和60年4月～	社会福祉法人麓会 勤務
	平成10年4月～	介護支援専門員従事
連絡先	(協議会委員に係る連絡先を記入してください) 所在地 由利本荘市岩谷麓123-4 名 称 社会福祉法人麓会 電 話 0184-24-1234 FAX 0184-24-1234	

保健医療福祉協議会委員推薦書

令和4・5年度

(ふりがな)		
氏名		
生年月日	明・大・昭	年 月 日(歳) 男・女
現住所		
職業		
推薦理由		
略歴	年月または期間	名称または内容
連絡先	(協議会委員に係る連絡先を記入してください) 所在地 名称 電話	

由利地域保健医療福祉協議会 地域医療推進部会 専門委員推薦書

令和4・5年度

(ふりがな)		
氏 名		
生年月日	明・大・昭	年 月 日(歳) 男・女
現住所		
職 業		
推薦理由		
略 歴	年月または期間	名称または内容
連絡先	(協議会委員に係る連絡先を記入してください) 所在地 名称 電話	

由利地域保健医療福祉協議会 救急・災害医療検討部会 専門委員推薦書

令和4・5年度

(ふりがな)		
氏 名		
生年月日	明・大・昭	年 月 日(歳) 男・女
現住所		
職 業		
推薦理由		
略 歴	年月または期間	名称または内容
連絡先	(協議会委員に係る連絡先を記入してください) 所在地 名称 電話	

由利地域保健医療福祉協議会 献血推進部会 専門委員推薦書

令和4・5年度

(ふりがな)		
氏 名		
生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳) 男・女	
現住所		
職 業		
推薦理由		
略 歴	年月または期間	名称または内容
連絡先	(協議会委員に係る連絡先を記入してください) 所在地 名称 電話	