

(委員/個人用)

承 諾 書

秋 田 県 知 事

年 月 日

御芳名 _____

(御連絡先 _____)

御住所

秋田県由利地域保健医療福祉協議会 委員 に就任することを承諾します。

(委員/団体用)

承 諾 書

秋田県知事

令和 年 月 日

御芳名 _____

秋田県由利地域保健医療福祉協議会 委員 に就任することを承諾します。

御担当者氏名 _____

御連絡先

御住所

(専門委員/個人用)

承 諾 書

秋田県知事

年 月 日

御芳名 _____

(御連絡先 _____)

〔 御住所 _____ 〕

秋田県由利地域保健医療福祉協議会

〔 地域医療推進部会
救急・災害医療圏当部会
献血推進部会 〕

専門委員

に就任することを承諾します。

(専門委員/団体用)

承 諾 書

秋田県知事

令和 年 月 日

御芳名 _____

秋田県由利地域保健医療福祉協議会

地域医療推進部会

救急・災害医療圏当部会

献血推進部会

専門委員

に就任することを承諾します。

御担当者氏名 _____

御連絡先

御住所

(委員/団体用)

記入例・1

承 諾 書

秋田県知事

令和 4 年 〇 月 〇 〇 日

御芳名 平 沢 由 利 夫

秋田県由利地域保健医療福祉協議会 委員 に就任することを承諾します。

御担当者氏名	<u>折 渡 由 利 子</u>
御連絡先	社会福祉法人麓会 特別養護法人ホームふもと 事務局 総務係
御住所	018-0000 由利本荘市岩谷麓98-7 (TEL 0184-62-0000、fax62-0000)

承 諾 書

秋田県知事

令和 4 年 〇 月 〇 〇 日

御芳名 平 沢 由 利 夫

秋田県由利地域保健医療福祉協議会

地域医療推進部会

~~救急・災害医療圏当部会~~

献血推進部会

専門委員

に就任することを承諾します。

御担当者氏名 折 渡 由 利 子

御連絡先 社会福祉法人麓会
特別養護法人ホームふもと
事務局 総務係

御住所 018-0000
由利本荘市岩谷麓98-7
(TEL 0184-62-0000、fax 62-0000)