

## 大館鹿角地域保健医療福祉協議会委員(各部会委員)推薦書

大館鹿角地域保健医療福祉協議会委員(各部会委員)として次のとおり推薦します。

令和 年 月 日

推薦団体名称

代 表 者

印

事務局所在地

郵便番号

電話番号

F A X

ご担当者

大館鹿角地域保健医療福祉協議会 委員

団体の役職名	氏 名	備考(勤務先等の名称、所在地、電話番号)

大館鹿角地域保健医療福祉協議会 地域医療推進部会委員

団体の役職名	氏 名	備考(勤務先等の名称、所在地、電話番号)

大館鹿角地域保健医療福祉協議会 救急・災害医療検討部会委員

団体の役職名	氏 名	備考(勤務先等の名称、所在地、電話番号)

大館鹿角地域保健医療福祉協議会 献血推進部会委員

団体の役職名	氏 名	備考(勤務先等の名称、所在地、電話番号)

※ 該当委員部分に記入願います。