

長生村保健衛生推進員 応募兼推薦用紙

ご本人が応募する場合は、(1)のみ記入してください。
他者が推薦をする場合は、(1)と(2)両方に記入してください。

(1) 保健衛生推進員の候補者について

提出日：令和 年 月 日

ふりがな	生年月日 (年齢)
氏名	年 月 日生 (歳)
住所及び連絡先 (〒 —)	
連絡先 (— —)	
お仕事 (無 ・ 有)	
応募の理由 (推薦の場合は、記入不要です。)	
推進員となることができない者 (※) に該当するか否かの別	該当する ・ 該当しない

※保健衛生推進員となることができない者は、次のいずれかに該当する者とする。

- ① 村税等の滞納がある者
- ② 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者

※ご本人が応募する場合は、以下の記入は不要です。

(2) 上記の候補者を推薦する者について

氏名
住所及び連絡先 (〒 —)
連絡先 (— —)
推薦の理由