



4 小福第 2 2 1 9 号
令和 5 年 2 月 2 7 日

一般社団法人 小郡三井医師会
会 長 島田 昇二郎 様

小郡市長 加地 良光
(福祉課障がい者福祉係)

小郡市自立支援協議会委員の推薦について (依頼)

春寒の候、貴職におかれましては益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。
また、日頃より本市の福祉行政につきまして、多大なるご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、「小郡市自立支援協議会」の委員としてご推薦及びご承諾をいただいております委員 2 名 (古川医院 医師 古川 哲也 様、本間病院 精神保健福祉士 尾鷲 美千子 様) の任期が、令和 5 年 3 月 3 1 日をもって満了となります。

つきましては、ご多用の折誠に恐縮ですが、貴会会員医師様の中から次期委員のご推薦及び精神保健福祉士が在籍する医療機関をご紹介しますようお願い申し上げます。

ご推薦いただきました会員様には、後日、委員就任に係るご承諾をいただきますので、予めご了承いただきますよう併せてお願いいたします。

また、ご紹介いただきました医療機関へは、こちらから改めて精神保健福祉士推薦の依頼をいたしますので、よろしくお願いします。

なお、甚だ勝手ながら、別紙の推薦及び紹介書につきましては、同封の返信用封筒により、令和 5 年 3 月 1 7 日 (金) までにご返送いただきますよう併せてお願いいたします。

最後に、今回の任期につきましては、令和 5 年 4 月 1 日から令和 7 年 3 月 3 1 日までの 2 年間となりますことを申し添えます。

【問合わせ先】

小郡市福祉課障がい者福祉係 葉 (よう)
TEL : 0942 - 72 - 2111 (内線 442)
FAX : 0942 - 73 - 2555

(別紙)

推 薦 及 び 紹 介 書

令和 年 月 日

小 郡 市 長 殿

住 所

推薦・紹介者 所 属

職 ・ 氏 名

令和5年2月27日付4小福第2219号で依頼のあった小郡市自立支援協議会委員
については、下記のとおり推薦及び紹介します。

1. 推薦する医師

診 療 科 目 _____

氏 名 _____

2. 紹介する医療機関

名 称 _____