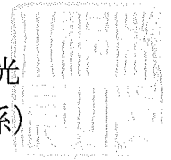


一般社団法人 小郡三井医師会
会 長 島田 昇二郎 様

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)

向暑の候、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、日頃より本市障害福祉行政につきましては、ご理解、ご協力を賜り誠にありがとうございます。

さて、「小郡市自立支援協議会」の委員として、令和 5 年 3 月 1 3 日付をもってご推薦及び令和 5 年 3 月 2 5 日付をもってご承諾をいただいております 古川 哲也様 (任期：令和 5 年 4 月 1 日～令和 7 年 3 月 3 1 日) が、令和 6 年 5 月末をもって理事を退任される予定と聞き及びました。

小郡市自立支援協議会設置規則第 4 条第 1 項ただし書には「その本来の職を離れたときは、委員の職を失う」とありますので、速やかに当該委員の補充を行う必要が出てまいりました。

つきましては、公務ご多用の折誠に恐縮ですが、再度貴職よりご協力を賜りたく、別紙 1 により貴下会員様の中からご推薦を、また、別紙 2 により当該ご本人様の委員就任に係るご承諾をいただきますようお願いいたします。

また、甚だ勝手ながら、別紙 1 及び 2 につきましては令和 6 年 6 月 1 4 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。

なお、本協議会の開催を 6 月末又は 7 月に予定していますので、重ねてよろしくお願いいたします。

<連絡・お問合せ先>

小郡市福祉課障がい者福祉係

担当：緒方

〒 838-0198 小郡市小郡 255-1

TEL 0942-72-2111 内線 442

FAX 0942-73-2555

(別紙 1)

推 薦 書

令和 年 月 日

小 郡 市 長 殿

住 所

推薦者 名 称

職・氏名

令和 6 年 5 月 2 2 日付 6 小福第 4 9 3 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、次の者を推薦します。

診療科目

氏 名

(別紙2)

承 諾 書

小 郡 市 長 殿

令和6年5月22日付6小福第493号で依頼のあった小郡市自立支援協議会委員への就任について承諾します。

令和 年 月 日

住 所

郵 送 先

所 属

(氏名フリガナ)

職・氏名

※「住所」には、報酬等の源泉徴収票に表記するため、ご自宅の住所
をご記入ください。「郵送先」は、資料等の送付先となりますので、ご
自宅もしくはお勤め先の所在地をご記入ください。