|  |
| --- |
| 年　　月　　日記入 |
| フリガナ  氏　　名 |  | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 住　　所 | (〒　　　-　　　　) | | | | | |
| 職業等 |  | 昼間連絡先　TEL　　　　（　　　　）  　　FAX　　　　（　　　　） | | | | |
| 電子メール　(あれば記入して下さい)  *※電子メールはパソコンで受信するアドレスをご記入ください。* | | | | |
|  | | | | | | |
| **◆**応募動機・自己ＰＲ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **●**高齢者福祉や介護保険に関するご意見・ご提案など（自由記載**）** | | | | | | |

* 今回のお申込みに際しご提出いただく個人情報につきましては、選考についてのご連絡や本件に関する情報提供などの目的以外には使用しません。
* 応募用紙は返却を行いません。

**みよし広域連合第９期介護保険事業計画策定委員応募用紙**