**川越町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定委員会委員　応募用紙**

令和　　　年　　　月　　　日応募

昭和

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | （〒　　　－　　　　） |
| 職　業 |  | 連絡先 | 　　　　　―　　　　　― |
|  |
| **●応募動機（２００字～２５０字程度）**※書ききれない場合は別紙（任意の様式）に記載してください。 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ■**福祉活動・地域活動の実績や高齢者福祉・介護保険に関するご意見など（自由記載）** |

※　収集した応募者の個人情報につきましては、本件に関する目的以外には使用しません。

※　応募用紙はご返却いたしません。