栗東市高齢者保健福祉推進協議会　　公募委員募集用紙

　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 | | |
|  | | |
| 連 絡 先 | （電話） | （FAX） | |
| （Eメール） | | |
| 職　　業 |  | | |
| 応募の動機、高齢者福祉または介護保険についての思いを４００字程度でお書きください。 | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |