

美幌町高齢者保健福祉・介護保険事業推進委員会委員応募用紙

(ふりがな)		生年月日		年	月	日
氏 名		年 齢		歳		
住 所	〒 美幌町字	連 絡 先	自 宅			
			携 帯			
			F A X			
			E-MAIL			
職 業						
勤 務 先						
応 募 の 動 機						
主 な 経 歴 ・ 活 動 経 験 等						

- ※ 1 「応募の動機」欄には、応募動機のほか、高齢者福祉に関するご意見などを記入してください。
 2 「主な経歴・活動経験等」欄には、職歴、各種団体での活動歴などを差し支えない範囲で記入してください。