

佐野市高齢者保健福祉推進委員会・佐野市介護保険事業推進委員会公募委員

応募用紙

(応募日) 令和 7 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日 (年齢 歳)
氏 名			
住 所	〒 ー 佐野市		
電話番号	自 宅 () 携 帯 ()		
職 業			
福祉関係に 携わった経 歴	1. あり (内容 :) 2. なし		
応募動機			

- ・この応募用紙と作文「介護保険制度や地域の高齢者福祉に関心を持ったきっかけと、委員としてどのような役割を果たせると思いますか。」を原稿用紙 2 ～ 3 枚程度にまとめ、持参又は郵送により下記へ提出してください。
- ・**応募受付期間 令和 7 年 12 月 25 日 (木) 必着**
- ・記載された個人情報は、選考の資料としてのみ使用します。

受 付 日

【送付先】

佐野市介護保険課介護サービス係
〒327-8501
佐野市高砂町 1 番地
電話 0283-20-3022 (直通)