

紀の川市障害者基本計画等策定委員会委員 応募用紙

住 所	〒 紀の川市
氏 名	
生年月日	年 月 日 (年齢 歳)
電話番号	- - ※日中連絡がつくもの
職 業 等	
応募理由	●紀の川市障害者基本計画等策定委員会委員に応募した理由をお書きください。

*募集期間： 令和7年5月1日(木) から令和7年5月30日 (金)

*応募・問い合わせ先： 紀の川市役所 福祉部 障害福祉課

〒649-6492 紀の川市西大井 338

TEL: 0736-77-2511

メールアドレス： k070300-001@city.kinokawa.lg.jp