紀の川市地域福祉計画策定委員会委員応募用紙

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 職業又は勤務先（学校名） |
| 氏　　名 |  | 男 ・ 女 |  |
| 住　　所 | 〒 | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日（　　　　歳） | | |
| 連絡先 | 自宅電話（　 　　 　－　　 　　－　 　　　）  携帯電話（　　　 　－　 　　　－　　 　　）  E-mail （　 　 　　　　　 　 ） | | |
| **今回の地域福祉計画策定委員への応募の動機、地域活動の経験、地域福祉への関わり・推進についてお書きください**。  （※400～800字程度とします。続きは裏面又は別紙に記載してください。） | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

●申込み・問合せ先

〒649-6492 紀の川市西大井３３８番地

紀の川市役所　福祉部　社会福祉課

℡: 0736-77-2511 Fax: 0736-79-3926

E-mail　[k070100-001@city.kinokawa.lg.jp](mailto:k070100-001@city.kinokawa.lg.jp)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |