

受 付

上三川町地域自立支援協議会公募委員応募用紙

(ふりがな) 氏 名			
生 年 月 日		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住 所			
電話番号（携帯可）			
審議会委員などの経験 又は福祉関係活動の経 歴（内容）			

※ 公募委員のお申し込みにより、町が得た個人情報については、上三川町地域自立支援協議会に関する業務以外には使用いたしません。

上三川町地域自立支援協議会公募委員応募レポート

※自立支援協議会公募委員に応募された動機、委員として実現していきたいことなどをお書きください。この用紙でなくても結構です。様式は自由です。