

(別紙様式)

遠軽町保健医療福祉審議会委員応募申込書

令和 年 月 日記入

ふりがな			
氏名		生年月日	昭和 年 月 日
住所	〒 ー 遠軽町 電話番号 ( ー ー )		
職業	※勤務先名などを併せて記入してください。		
福祉等 活動経験			
応募動機や抱負(今回応募した理由等を記入してください。書ききれない場合は別紙に記載し、添付してください。)			

※申込書に記載された個人情報については、委員選考業務以外の目的に使用することはありません。  
申込受付期間 令和7年6月2日(月)～6月20日(金)