

清瀬市高齢者保健福祉計画(介護保険事業計画) 評価策定委員会 市民公募委員の応募申込書

申込日：令和 年 月 日

フリガナ			生年月日 (年齢)	年 月 日生
氏 名		男・女		(歳)
住 所	清瀬市		連絡先 電話番号等	
応募理由を 記入して下さい 100字以上				
清瀬市の 高齢者福祉に 関すること (ご意見等)を 記入して下さい 100字以上				

※ご応募ありがとうございます。応募申込書の内容をもとに市で選考を行います。
その結果を含め、後日ご連絡させていただきます。なお、申込書は返却いたしませんので、
必要な場合は、事前にコピーをおとり下さい。