

受付日：

NO：

令和 年 月 日

坂出市地域福祉計画策定委員会委員応募申込書

坂出市地域福祉計画策定委員会委員に応募します。

ふりがな		男 女	職 業
氏 名			
住 所	〒		
生年月日	年 月 日 (歳)		
電話番号	自宅電話 (— —)		
	携帯電話 (— —)		
略 歴 資格等			
地域での 活動状況			
<p>「これからの坂出市の地域福祉について、私が考えること」をテーマにお書きください。 (※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。)</p>			

●申込み・問合せ先

〒762-8601 坂出市室町二丁目3番5号

坂出市役所健康福祉部ふくし課管理係

Tel: 0877-44-5007 Fax: 0877-45-7270 E-mail fukusi@city.sakaide.lg.jp

