年　　月　　日

受付日：　　　　　　　　　ＮＯ：

坂出市障がい者福祉計画および障がい福祉計画策定

協議会委員応募申込書

坂出市障がい者福祉計画および障がい福祉計画策定協議会委員に

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 |  |
| 「これからの坂出市の障がい福祉について、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。） |
|  |
|  |
|  |
|  |

●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障がい福祉係

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

「これからの坂出市の障がい福祉について、私が考えること」の続き

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