

受付日：

NO：

年 月 日

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

Tel: 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

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no text or other markings on the paper.