参考様式

和光市介護保険運営協議会委員(令和８年度～)応募申込書

ふりがな		生年月日	性別
氏名		年　月　日	
住所及び電話番号	〒 電話番号　（　）		
E-mail			
募集枠 （該当の番号に○を付けてください）	1 第１号被保険者（65歳以上の和光市民） 2 第２号被保険者（40歳～64歳の和光市民）		
主な履歴	(所属している団体名、社会活動や本市での審議会委員などの履歴)		

応募動機や介護保険で関心のあることについて記載してください。(400字程度)

＜送付先＞　〒351-0192　和光市広沢1-5　和光市長寿あんしん課介護保険担当
電話 048-424-9125 FAX 048-466-1473 E-mail d0300@city.wako.lg.jp