

和光市自立支援協議会 委員応募用紙

令和 年 月 日 時点

ふりがな		生年 月日	昭・平 (満 歳)	年	月	日生
氏名						
住所	〒					
電話連絡先等	電話番号(自宅・携帯可)		メールアドレス			
職業 (会社名等)	会社名: 所在地:					
審議会等の 委員歴	(例:自立支援協議会委員 R4.4.1~R5.3.31)					
●応募理由 ●委員として どのように活 動していきたい のか (400字程度)	<u>(応募理由および委員としてどのように活動していきたいのかをご記入ください。)</u>					

※提出書類は返却しません。なお、和光市自立支援協議会の委員の選考以外の目的には利用しません。

※記載内容が枠内に収まらない場合には、別紙を添付してください。

【提出先】

〒351-0192

和光市広沢 1-5 和光市役所 障害福祉課

e-mail:d0100@city.wako.lg.jp

FAX:048-466-1473

【問い合わせ先】

和光市役所 障害福祉課 障害支援担当 電話:048-424-9123(直通)