

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)	連絡先電話番号(職場等)		
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 (400字程度)				

※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)