**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　　　年　　月　　日生**  **（満　　　　　歳）** |
| **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）