

別記様式(第4関係)

加東市高齢者保健福祉計画策定委員会及び加東市介護保険事業計画査定委員会
委員応募用紙

氏 名			男・女		生年月日 T・S・H 年 月 日	
住 所		(〒)				
電話番号		自宅 () — 携帯 () —		職 業		
Eメール						
応募理由 (できるだけ詳しく記入してください。)						
■応募の動機 ■本市の高齢者保健福祉施策について思うこと。 ■本市の介護保険事業施策について思うこと。 ■その他 (あなたのことをお聞かせください) ・自己PR ・過去に取り組まれた又現在取り組んでいる福祉的要素の活動等						
該当する項目に☑をしてください。 私は以下に示す応募資格を □満たしている。 □満たしていない。(応募できません。) ・令和7年4月1日時点で満年齢が18歳以上であること ・加東市に住民登録があること ・市の他の計画の策定委員でないこと ・市議会議員、国または地方公共団体の職員でないこと ・平日昼間の会議に出席できること						

*記載された個人情報については、委員の選考に係る審査資料以外の目的には使用しません