

八街市地域包括支援センター運営協議会委員
 八街市介護保険地域密着型サービス運営協議会委員
 および八街市認知症初期集中支援チーム検討委員会委員 公募申込書

別紙 1

ふりがな 氏名		性別	男・女
生年月日 (年齢*R6.4.1現在)		電話番号	
住所			
医療保険	保険組合名 () 被保険者番号 ()		
勤務先	(※勤務されている方は、こちらもご記入ください) 名 称: _____ 所 在 地: _____ 電話番号: _____		
委員の経験	(審議会等の名称)	(期 間)	
	-----	年 ~	年
	-----	年 ~	年
	-----	年 ~	年
	-----	年 ~	年
応募の動機			

※「応募の動機は」、選考の評価対象になります。

※記入スペースが足りない場合は、別紙（任意の様式）に記入し、添付してください。

※この申込書の他に「八街市の高齢者福祉や介護保険について」に関するレポート（任意様式、800字以内）を作成し、添付してください。

※この申込書によって知り得た情報は、八街市地域包括支援センター運営協議会等委員の公募の審査のみに使用するもので、その目的以外には使用しません。

私は、次の事項について誓約し、上記のとおり申し込みます。

- ・この申込書の記載内容が、事実と相違ないこと。
- ・八街市地域包括支援センター運営協議会等委員公募要領に規定する応募資格を満たしていること。

令和6年 月 日 署名 ㊞

事務局使用欄

住民票 [] 65歳以上 [] 40～64歳 [] 特例 [] 医療保険 []