

八街市地域包括支援センター運営協議会委員および
八街市介護保険地域密着型サービス運営協議会委員公募委員申込書

ふりがな 氏名		性別	男・女
生年月日(年齢) (平成30年4月1日現在)	年 月 日 (歳)	電話 番号	
住所			
勤務先	(※勤務されている方は、こちらをご記入ください) 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
			年～ 年
			年～ 年
応募の動機			

※ 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委員および八街市介護保険地域密着型サービス運営協議会委員の公募審査のみに使用するもので、その目的以外には利用しません。

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委員および八街市介護保険地域密着型サービス運営協議会委員の公募に関する要領に規定する応募資格を満たしていること。

平成30年 月 日

署名

㊞