**「岩国市高齢者保健福祉計画策定委員会」公募委員　応募用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日生　　（満　　　歳） | 男　　女 |
| ふりがな |  |
| 現住所 | 〒（　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電話（ ）　 －　　　　　　 | 携帯電話　　　　　－　　　　　－ |
| Fax（ ）　 －　　 | E－mail |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　年 | 月 | 地域における活動や高齢者の介護経験等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【注意事項】

岩国市では、応募用紙に記載された個人情報については、他の目的に使用しません。

なお、委員に選任された場合の氏名は、公表します。