

「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。