

福岡県介護保険広域連合介護保険事業計画策定委員会委員

応募申込書

申込日 令和 年 月 日

福岡県介護保険広域連合
事業課 計画係 あて

私は、下記のとおり福岡県介護保険広域連合第10期介護保険事業計画策定委員会委員に応募します。

ふりがな 氏名			
(注1) 生年月日	年 月 日生 (歳)	(注3) 性別	
住 所	(〒) 電話 E-mail	職業	
(注2) 「作文」の要約 を箇条書きで記 入してくださ い。			

- (注) 1 令和8年4月1日現在の年齢を記入してください。
2 「作文(応募の動機や介護保険に関する意見を400字以上800字以内記載、様式自由)」を添付してください。
3 「性別」欄: 記載は任意です。未記載とすることも可能です。