

(別 紙)

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 4 0 0 字以上 8 0 0 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。