

## 小布施町福祉医療制度に関する検討会 公募委員応募申込書

ふりがな	
氏 名	
生年月日	年 月 日生（満 歳）
住 所	(〒 3 8 1 - ) 小布施町大字 番地 (自治会名 )
連絡先 (電話番号)	Tel — —
応募理由	

※ 応募理由は具体的にお書きください。

※ 記載された個人情報、当審議会関係にのみ使用し、他の用途には使用しません。

なお、委員に選考された場合は、委員名簿に記載いたします。