

糸島市障害者福祉長期計画策定審議会委員 応募申込書

項 目		内 容	
住 所			
(市外の方は、勤務先を明記)		勤務先	住所
氏 名		ふりがな	
生年月日		大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日	
連 絡 先 (該当する欄に記入)		T E L	
		F A X	
		E-mail	
障 害 者 福 祉 に つ い て	(1) 応募の理由や動機 をお聞かせください。 ※200 字程度で記入く ださい。		
	(2) 障がい者福祉に携 わられた経験があれば記 載してください		
申込時に市の審議会等委員 をされている場合は記入し てください。(兼職が 2 以内 の場合のみ応募できます)		審議会等 の名称	①
			②
			③

◆問い合わせ：糸島市役所 人権福祉部福祉支援課 障害者支援係

電話 0 9 2 (3 3 2) 2 0 7 3 (ダイヤルイン) F A X 0 9 2 (3 2 1) 1 1 3 9

◆申込期限：令和 2 年 8 月 2 4 日 (月) 必着