

太子町障がい者施策推進協議会委員 申込書

私は、次のとおり太子町障がい者施策推進協議会委員に応募します。

年 月 日

ふりがな 氏 名	
住 所	
生 年 月 日	年 月 日 (歳)
職 業	
連 絡 先	電話番号： メールアドレス：
附 属 機 関 の 経 験 の 有 無	○地域活動やボランティア活動の実績の有無 (経験： 有 無) ・ (在籍： 有 無) (有の場合は、その名称)
応 募 の 理 由 (400字以内)	
そ の 他	

※ 申込書に記載された個人情報については、委員を選考することに使用するもので、他の目的に使用することはありません。

※ 提出された申込書は、選考後も返却しませんので御了承ください。