島原市成年後見制度利用促進基本計画　策定委員会委員

応　　募　　申　　込　　書

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　り　が　な |  |
| 氏　　　名 |  |
| 生　年　月　日 | 年　　　　　　月　　　　　日（　　　　歳） |
| 住　　　所 |  |
| 連　絡　先 |  |
| 活　動　歴  （国・県・市町村の審議会等の委員・モニター等の経験など） |  |

【記入について】　　・活動歴については、差支えない範囲で記入して下さい。

　　　　　　　　　　 　　 ・審議会等については、協議会、懇話会等を含みます。

【応募先】　　 　　 〒855-8555

　　　　　　　　　　　　　　島原市上の町537番地

　　　　　　　　　　　　　　島原市福祉保健部福祉課（福祉事務所）　地域福祉班

　　　　　　　　　　　　　　電話：0957-63-1111　（内線　331）

ＦＡＸ：0957-62-2923

　　　　　　　　　　　　 Mail：[fukushi@city.shimabara.lg.jp](mailto:fukushi@city.shimabara.lg.jp)

【応募期限】　 令和７年９月１９日（金）　当日の消印有効