

小千谷市高齢者保健福祉・介護保険事業検討委員応募申込書

応募日 令和 8 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)
氏 名			
住 所	小千谷市 (通称町名) 電話 —		
勤務先	電話 — —		
◎ 高齢福祉・介護保険についてご意見をお書きください。(200字程度) (例：検討委員に応募した動機、抱負または高齢者保健福祉・介護保険制度について思うことなど)			
○資格審査に必要な個人情報を市が調査することについての同意 小千谷市が公募委員の資格審査に必要な個人情報（年齢・市税等市に納付すべきものの収納状況等）を調査することについて同意します。 本人氏名 _____			