（鎌ケ谷市健康福祉部社会福祉課宛）

**鎌ケ谷市地域福祉計画策定・推進委員会委員　応募用紙**

申込日　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 〒　　　-　　　　　　 |
| ふりがな氏　　名 | 男性・女性　 | 電話番号 | －　　　－ |
| 年　　齢生年月日 | 　満　　　歳（令和２年８月１日現在）　　　　　年　　月　　日生 | 職　　業 |  |
| 託　児の希望 | 有　・　無 | 託児が必要なお子さんの年齢 | 　　歳　　か月　　歳　　か月（R2年8月1日現在） |
| 活動経験 | ※福祉、ボランティア、町内会などの活動経験があればご記入ください。 |

「地域の福祉課題と、その解決のために地域でできること」

についてのお考え（概ね800字以内で記載してください。）

|  |
| --- |
|  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|