（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。）

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