

第3次太良町障害者計画・第8期太良町障害者福祉計画・

第4期太良町障害児福祉計画策定委員応募申込書

(ふりがな) 氏名			
住所	太良町大字		
生年月日	年	月	日 (歳)
職業		電話番号	
応募動機			
選考の基準になりますので必ず記入してください。			

※応募動機については、別紙にて作成し添付も可とします。

※記入いただいた個人情報については、委員の選考・通知にのみ利用いたします。