

寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会委員応募用紙

フリガナ			
名 前		職 業	
生年月日	年 月 日生	年 齡	歳
住 所	(〒572-) 寝屋川市	電 話 番 号	

応募の動機（100文字以上 200文字以内）

他に携わったことのある寝屋川市の会議などがあればお書きください。

その他社会活動や地域活動などの経験があればお書きください。
