介護相談員応募用紙

以下に御記入の上、郵送又は電子メールで御応募ください。

記入日：令和８年　　月　　日

住　　所	（〒　　）		
（ふりがな）		性別 ○で囲む	生年月日
氏　　名		（男・女）	年　月　日（　歳）
職　　業			
電話番号			
携帯電話			
ＦＡＸ番号			
電子メール			

１　これまでの介護や高齢者福祉との関わり（200 字程度で御記入ください）

裏面もあります

２　応募の動機及び抱負（300 字程度で御記入ください）

御応募ありがとうございます。

※記載された個人情報は、上越市介護談員派遣事業に関する業務以外には使用しません。

【応募先】
〒943－8601 上越市木田１丁目１番３号
上越市高齢者支援課 介護企画係
ＴＥＬ 025-520-5704
メールアドレス kaigo@city.joetsu.lg.jp