

通知	確認	受付日	受付No.
		/	

「上越市福祉有償運送運営協議会参加者」応募用紙

ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	年 月 日 (満 歳)	
自宅住所	〒 上越市	
電話番号 (日中の連絡先)		
Eメールアドレス		
職業(勤務先)		
応募動機		
上越市の各種 審議会委員等 の 経 験		

※この用紙のほかに、「要介護者や障害がある人の外出の支援について思うこと」をテーマに400字程度の作文(様式自由)を添付してください。

※記載いただいた内容は参加者の選考のために利用し、他の目的に利用することはありません。