

八雲町地域自立支援協議会 公募委員 応募用紙

令和 年 月 日

ふりがな 氏 名		生 年 月 日	年 月 日 (年齢 歳)
住 所	〒		
電話番号	(日中連絡できるところを記入してください)		
FAX メールアドレス			
職 業			

(備 考)

- 1) 次のものを下記提出先へ提出してください。
 - ① 八雲町地域自立支援協議会 公募委員 応募用紙 (この応募用紙)
- 2) 応募受付期間：令和7年4月25日(金)まで
- 3) 応募用紙に記載の個人情報は、今回の公募審査のみに使用します。

【提出・お問合わせ先】

〒049-3117 八雲町栄町13番地1
保健福祉課障がい者福祉係
TEL：0137-64-2111
FAX：0137-63-4411
E-mail：hoken@town.yakumo.lg.jp