

東かがわ市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画  
策定委員公募申込書

住 所	〒  電話番号
フリガナ	
氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
略 資 格 歴 等	
地 域 での 活 動 状 況	
そ の 他	市介護保険事業の運営等について、ご意見などをお書きください。