公募委員応募用紙

下記の太枠内の中を全てご記入ください（記入漏れがあると、選考の対象から外れる場合があります）。

ふりがな			
ご氏名			
ご住所	〒		
電話番号	（日中に連絡が取れる番号をご記入下さい）	職業	
生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日	年齢	歳 （令和３年 ８月２日現在）

下記の題目で、**800字 以上 1,200字以内** で作文をお書き下さい。

題目	「新潟市地域包括ケア計画［新潟市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画］」について思うこと

200

400

600

800

1000

1200

【提出期限】 令和3年9月1日（水曜）必着　※直接持参、郵送、ファックス、メールによりご提出ください。

【問い合わせ・応募先】 新潟市福祉部　高齢者支援課企画係　メール：koreisha@city.niigata.lg.jp
〒951-8550　新潟市中央区学校町通1番町602番地1　TEL：025-226-1295（直通）
ﾌｧｯｸｽ：025―222-5531

※直接提出される場合は、各区役所健康福祉課でも受け付け可能です。