

佐久市介護保険事業計画等策定懇話会公募委員申込書

(申込先) 佐久市長

ふりがな	
氏名	
住所	〒
電話番号	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
性別	男・女
介護に係る職務 経験・資格等	

申込みの動機、審議会の所掌事項に関するご意見等

※ (別に作文等を提出する場合は記載不要です)

私は、次の事項について誓約し、上記のとおり申し込みます。

- 1 この申込書の記載内容が事実と相違ないこと。
- 2 佐久市介護保険事業計画等策定懇話会委員公募要領に規定する申込資格を満たしていること。
- 3 佐久市介護保険事業計画等策定懇話会委員公募要領に規定する申込資格を満たさなくなったときには、委員の資格を失うこと。
- 4 申込資格の確認のため、担当職員が関係部局に市税の納税状況の報告を求めること。

令和 年 月 日

氏名
(署名又は記名押印してください)