

小金井市地域福祉推進委員会委員公募応募用紙

No.1

住所		氏名		電話	
生年月日		年齢		性別	
				職業	

課題	小金井市の地域福祉の現状と課題について
----	---------------------

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					

※には記入しないでください。

【提出先】小金井市福祉保健部地域福祉課
〒184-8504 小金井市役所第二庁舎2階

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
32																				
33																				
34																				
35																				
36																				
37																				
38																				
39																				
40																				
41																				
42																				
43																				
44																				
45																				
46																				
47																				
48																				
49																				
50																				

※には記入しないでください。

【提出先】小金井市福祉保健部地域福祉課
〒184-8504 小金井市役所第二庁舎2階