

垂井町役場 健康福祉課 行
FAX 0584-22-5180
応募期限：令和7年7月18日（金）必着

垂井町地域福祉計画策定委員会委員応募用紙

記入日： 月 日

住 所	〒 ー 垂井町
ふ り が な	
氏 名	
年 齢	歳
性 別	男 ・ 女
電 話 番 号	
職 業	
他 の 公 募 委 員 に な っ て い ま す か	はい ・ いいえ
福 祉 活 動 の 履 歴	
町の福祉についての ご 意 見	