

五泉市高齢福祉課介護保険係 宛 (FAX 0250-43-0390)

「五泉市高齢者保健福祉市民会議」委員応募申込書

ふりがな 氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
住所	〒 ( )  TEL ( ) 携帯  E-mail
職業	
連絡先 (勤務先)	〒 ( )  TEL ( ) 携帯  E-mail

提出期限 令和8年4月13日(月)

提出先 <持参> 市役所高齢福祉課介護保険係  
村松支所福祉係

<郵送> 〒959-1692 五泉市太田1094-1

<FAX> 0250-43-0390

<メール> kourei@city.gosen.lg.jp

[宛先] 五泉市高齢福祉課介護保険係あて