豊中市健康福祉審議会　市民委員　応募用紙

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | |
| 名前 |  | | | |
| 住所 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | | ＦＡＸ |  |
| Ｅメール |  | | | |
| 性別 |  | 年齢 | 令和7年(2025年)  6月1日時点　　　　　　　　　　　　歳 | |
| 勤務先  通学先  活動団体 | ＊豊中市外にお住まいの場合は、豊中市内の通勤・通学先の名称・所在地、または所属する団体の名称・主な活動場所・活動内容をお書きください。 | | | |
| 名称 |  | | |
| 所在地（活動場所） |  | | |
| 活動内容 |  | | |
| 応募理由 |  | | | |
| 応募者の活動経験（地域活動や審議会等の委員の経験等） | | | | |