佐賀県高齢者保健福祉推進委員会委員　応募用紙

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　　名 |  | 生年月日 |  |
|  |
| 性　　別 |  |
| 住　　所 |  | 電話番号 |  |
| 職　　業 |  | | |
| 高齢者の保健、福祉について | | | |
| （概ね４００字程度でお願いします。） | | | |

お預かりした個人情報は、委員の選考のためにのみ使用し、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。詳しくは、佐賀県ホームページの佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラム（<http://www.pref.saga.lg.jp/web/privacypolicy.html>）を御覧ください。