**弘前市認知症初期集中支援チーム検討委員会委員の応募申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性別\* | 生年月日 | □大正　□昭和  年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | |  |
| 住　　所 | 〒  弘前市大字 | | | | |
| 連 絡 先 | 電話番号 | ―　　　　　　　　　― | | | |
| FAX番号\* | ―　　　　　　　　　― | | | |
| Eメール\* | @ | | | |
| 職　　業 |  | | | | |
| 勤 務 先 | 〒  （電話番号　　　　―　　　　―　　　　） | | | | |
| 備 考 |  | | | | |
| 主な職歴\* |  | | | | |

注１　応募時点において当市の審議会委員等に就任している場合は、応募できませんのでご注意ください。

　２　\*印の部分は、任意で記載してください。

|  |
| --- |
| 志望動機、抱負及び「認知症の人と家族を支えるために市政に期待すること」  （８００字以内） |
|  |

|  |
| --- |
|  |