

稲城市保健福祉推進委員会委員 申込用紙

【※令和 7 年 5 月 16 日必着】

住所 稲城市

氏名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日

電話番号 _____

応募動機

これからの稲城市の保健福祉のあり方（自身の体験等を踏まえて）

--

※1200 字以内。記入欄が不足する場合は、別紙でも結構です。