

受付番号

長野市介護サービス向上検討委員会公募委員応募用紙

令和 年 月 日

長野市長 荻 原 健 司 宛

長野市介護サービス向上検討委員会委員に応募します。

住 所	〒 ー				
ふ り が な 氏 名				年 齢	歳
性 別	男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
連絡先・電話番号	(自 宅) ー (勤務先等) ー				
保健・医療・福祉に 関する資格等	資格取得年月 年 月				
	資格取得年月 年 月				
	資格取得年月 年 月				
保健・医療・福祉に 関する実務経験等	実務期間 年 月～ 年 月				
	実務期間 年 月～ 年 月				
	実務期間 年 月～ 年 月				

※令和8年8月31日（月）必着

※ 裏面の＜応募した理由＞も
記入してください

＜申込先＞ 〒380-8512 長野市大字鶴賀緑町 1613 番地 長野市介護保険課給付担当 電話 224-7871（直通）
--

