【　提　出　先　】

受付印

＜郵送・持参の場合＞

〒857-0042　佐世保市高砂町５－１

佐世保市中央保健福祉センター３階　長寿社会課 庶務係 長谷 行

＜FAXの場合＞

　0956-25-9670　（佐世保市長寿社会課庶務係　長谷　行）

「介護相談員」応募用紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** | |  | | | | | | **性　別** |
| **氏　名** | |  | | | | | | **男 ・ 女** |
| **生年月日** | | 年　 　月　 　日 | | 満（　　　　）歳（令和６年8月1日時点） | | | | |
| **住　所** | | 〒　　　－ | | | | | | |
| **電話番号** | | （固定）  （携帯） | | | **ＦＡＸ** |  | | |
| **職　歴** | | | | | **ボランティア活動歴など** | | | |
| **自 年月** | **至 年月** | | **会社名、職種等** | | **自 年月** | **至 年月** | **会社名、職種等** | |
|  |  | |  | |  |  |  | |
|  |  | |  | |  |  |  | |
|  |  | |  | |  |  |  | |
|  |  | |  | |  |  |  | |
|  |  | |  | |  |  |  | |

※【応募の動機】を裏面に記入してください。