

受付印

【 提 出 先 】

<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	〒 ー				
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。