

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 矢次 行

＜FAXの場合＞
0956-25-9670 （佐世保市長寿社会課庶務係 矢次 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7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。