桜川市保健福祉部高齢福祉課　〒309-1292　桜川市岩瀬６４－２

TEL　　０２９６－７３－４５１１（直通）　FAX　０２９６－７５－４６９０

MAIL　 koureifukushi@city.sakuragawa.lg.jp

記入日　　　　年　　月　　日

**「桜川市生活支援体制整備事業」第１層協議体参加者　応募用紙**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  男・女 | 生年月日　　　　年　　月　　日生　　　　　　　　　　　　歳 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒　　　－　　　　　　　　　県　　　　　　市 |
| 電話番号 |  |
| 所属企業・団体等名 |  |
| 所属企業・団体等住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　県　　　　　　市 |
| 所属企業・団体等連絡先 |  |

「地域の支え合い」に関して、ご意見等がありましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |