

佐賀県介護保険審査会委員 応募用紙

(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
		性 別	
住 所		電話番号	()
略 歴			

介護保険制度について

(概ね400字程度でお願いします。)

※ お預かりした個人情報は、佐賀県介護保険審査会委員の選考・管理のためだけに使用し、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。詳しくは、佐賀県ホームページの佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラム (<http://www.pref.saga.lg.jp/at-contents/privacy>) を御覧ください。お問い合わせは、長寿社会課 介護指導担当までお願いします。

[TEL : 0952-25-7105 (直通)、E-mail : kaigoshidou@pref.saga.lg.jp]