

佐賀県高齢者保健福祉推進委員会委員 応募用紙

(ふりがな) 氏 名		
	生年月日	
住 所	性 別	
職 業	電話番号	
高齢者の保健福祉について		
(概ね400字程度でお願いします。)		

お預かりした個人情報は、委員の選考のためにのみ使用し、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/web/privacypolicy.html>）を御覧ください。