

豊島区介護保険事業計画推進会議 被保険者代表委員 申込書

記入年月日 年 月 日

ふりがな			性別		
氏名			生年月日 (年齢)	明治・大正・昭和 年 月 日 (令和6年4月1日現在 満 歳)	
現住所	〒 豊島区 丁目 番 号 (方書)				
電話番号 (連絡先)	自宅 () 勤務先 () 携帯 ()				
経歴・職歴 活動歴					
応募動機					
<p>高齢者にとって生きがいを持って日常生活を過ごすことは、介護予防の観点からも重要です。 豊島区では、自主グループによる介護予防や、介護ボランティアなどが活躍していますが、こうした地域活動の参加者を増やすためにはどのような取り組みが必要だと思えますか。お考えをお聞かせください。 (600～800字程度)</p>					
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					

※必要事項を記入の上、保健福祉部介護保険課管理グループへ持参又は郵送してください。

[裏面有り]

400

600

800