様式１

三重県聴覚障害者支援センター指定管理者選定委員応募書

ふりがな		
氏　　名		
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）	
職　　業		
住　　所	〒　　－	
連 絡 先	電 話 番 号	（自宅・勤務先） どちらかに○を
	ＦＡＸ番号 （お持ちであれば）	
	Ｅメールアドレス （お持ちであれば）	

【応 募 理 由】

※　これらの情報は、応募資格の確認、会議開催にあたっての連絡及び委員となられた後、委員としての情報（氏名、職業）を公開する際の資料に使わせていただきます。なお、氏名及び職業以外の公表及び目的外の使用はいたしません。