群馬県障害者差別解消推進協議会公募委員　応募申込書

申込日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ふりがな) |  |  |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| Ｍａｉｌ |  |
| 職業 |  | 勤務先又は学校 |  |
| **応募動機**　　※本協議会に応募する動機、果たしたい役割等を記入してください。 |
|  |
| **備考**　　　　　※県・市町村行政に関する活動歴があれば記入してください。 |
|  |
| **ご意見（テーマ：障害者が将来に夢と希望を抱き、地域で生活していくために群馬県が目指すべき姿）*** 全ての県民が障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重しあいながら共生する社会を実現するために、どんなことに取り組んでいくべきか、800字以内で作成してください。
 |
|  |

＜記入上の注意事項＞

1. 日本語で記載してください。
2. 応募動機、備考、ご意見等の記載後に、申込書が1枚に収まらなくても構いません。