|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 保険証番号 |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 　年　　月　　日（　　歳） |
| 住　　所（〒　　　－　　　　）一宮市 |
| 電話番号 | 　　　　（　　　　） |

○応募の動機について記入してください。

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

（注）個人情報については、公募選考の目的以外には使用しません。

**○提出先・問合せ先**

〒４９１－８５０１

一宮市本町２丁目５番６号　一宮市役所　保険年金課　庶務グループ

電話：０５８６－２８－８６６９（直通）　メール：honen@city.ichinomiya.lg.jp

**○提出期限　　令和6年２月１５日（木）必着**