

令和6年度 長野県富士見町地域おこし協力隊（介護予防分野）エントリーシート

長野県諏訪郡富士見町長 名 取 重 治 宛

富士見町地域おこし協力隊募集要件を承諾のうえ、応募します。

ふりがな				受付番号	—	太枠の中をご記入ください
氏 名	Ⓜ	生年月日 (西暦)	年 月 日 (満 歳)		性別	男 ・ 女
ふりがな						写真添付 4×3cm (枠内に添付してください)
現住所 (住民登録地)	〒 -					
	TEL: ()					
ふりがな						
本籍地						
携帯電話	()	E-mail				

学 歴	学校名・学部学科名・専攻名	入 学	卒業・中退
最終学歴		年 月	年 月

職 歴	会社名等 (アルバイトは除く)	入 社	退 社
		年 月	年 月
		年 月	年 月
		年 月	年 月
		年 月	年 月

移住予定の 家族構成	氏名・年齢 (本人の場合は未記入)	本人のみ移住の場合、別居家族の代表氏名・連絡先電話	
趣 味			
自己PR			
地域おこし協 力隊で、どの ような活動を したいです か。			
これまで培っ てきた技術、 経験等は、当 募集に対しど のように活か せると思いま すか。			
なぜ「富士見 町」を希望し ますか。			
資格・免許		健康状態	