

# 京都市障害者施策推進審議会

## 市民公募委員応募用紙

ふりがな 氏 名			
年 齢	歳（令和6年4月1日現在）	性別（任意）	
住 所	〒 ー 京都市 区  ※京都市外への転出の予定（有・無）		
電話番号	昼間		夜間
メール アドレス			
職 業		勤務先・学校名	
応募の動機 ・理由			

作文テーマ「障害のある人の自立や社会参加への支援について考えること」を添付してください。

- ・ 字数は800字以内とします（文末に字数を記入してください。）。
- ・ 様式は自由ですので、裏面の様式や市販の原稿用紙等を御使用ください。  
なお、いずれの場合においても氏名及び字数を明記してください。

整理番号（京都市記入欄）

### <応募先・問合せ先>

〒604-8571  
京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町 488 番地  
京都市役所分庁舎 4 階  
京都市保健福祉局障害保健福祉推進室  
企画担当(中西)  
電話:075-222-4161 FAX:075-251-2940  
Eメール:syogai@city.kyoto.lg.jp

