

本宮市保健福祉行政推進協議会



委員を募集します!!

1. 募集の趣旨

本宮市では、保健福祉行政全般における各種計画及び諸問題に対して、効率的な実現を推進するため、本宮市保健福祉行政推進協議会を設置しています。

令和8年度は『本宮市第3次障がい者計画・第8期障がい福祉計画・第4期障がい児福祉計画策定業務』の策定を予定しています。市民の皆さんの幅広い視点からご意見をいただくために、協議会の公募委員を次のとおり募集します。

2. 募集人数 3名以内

3. 任期 委嘱の日から2年間

4. 応募資格

以下のすべての要件を満たしている方

- (1) 本宮市内に居住している方
- (2) 令和8年4月1日現在で満18歳以上の方
- (3) 平日に開催する年に2回程度の会議に参加できる方

5. 応募方法

応募用紙（裏面）に必要事項を記入し、社会福祉課窓口へ持参、郵送、ファックス又は電子メールにより提出してください。

6. 募集期間

令和8年8月18日（火）まで（当日消印有効）

7. 選考方法

応募された方の中から、書類選考により決定いたします。なお、応募者全員に、選考結果をお知らせいたします。

8. その他

委員になられた方には、委員会出席の際、市の規定による報償をお支払いします。

【応募先・問い合わせ先】

本宮市 保健福祉部 社会福祉課 社会福祉係（えぽか2F）
〒969-1151 本宮市本宮字千代田 60-1
TEL:0243-24-5371 FAX:0243-33-6620
E-mail:shakaifukushi@city.motomiya.lg.jp



本宮市保健福祉行政推進協議会委員 応募用紙

				提出	令和 年 月 日
(ふりがな) 氏 名	()	性別	男・女	生年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
現 住 所	〒 — 本宮市 (電話番号)				
職 業			勤 務 先	(電話番号)	
日 中 の 連 絡 先	携帯番号、E－m a i l アドレスなどを記入してください。				
主な職歴、社会活動の経験等を簡潔に記入してください。 					
応募の動機を簡潔に記入してください。 					
本宮市の障がい福祉または健康福祉について、あなたが日ごろ感じていることを簡潔に記入してください。 					

- ① 応募期限：令和8年8月18日(火) 当日消印有効
- ② 問合せ先：本宮市 保健福祉部 社会福祉課 社会福祉係 TEL0243-24-5371(課直通)
- ③ 提出方法：次のいずれかの方法でご提出ください。
- ・直接提出 社会福祉課窓口へ
 - ・郵 送 〒969-1151 本宮市 保健福祉部 社会福祉課 宛（住所記載は不要です）
 - ・ファックス 0243-33-6620 ・電子メール shakaifukushi@city.motomiya.lg.jp