**下仁田町地域おこし協力隊（味の継承）応募用紙**

（様式１）

令和 　　年　 　月 　　日

　　下仁田町長　様

応募者　氏　名

下仁田町地域おこし協力隊募集要項を承諾の上、次のとおり応募します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | 写真1．縦 36～40 mm　横 24～30 mm2．本人単身胸から上3．裏面にのりづけ4．裏面に氏名記入 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　年 　月 　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 電話番号 |  | 携　帯　番　号 |  |
| E-mail |  |
| 現住所 | 〒 |
| 家族構成 | 配偶者　（　有　・　無　） | 扶養者　（　有　・　無　）（　　　）人 |
| 趣味・特技 | （好きなこと・得意なこと何でも） |
| 希望する活動内容 | 『後継者のいない町内飲食店の味の継承』 |
| 年　　　月 | 資　格　・　免　許 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 活動に活かせる専門的な知識・技術 |  |
| 健康状態 | （アレルギー、持病など特記すべき事項があれば記入ください。） |
| 履　　歴　　書 |
| 年　　　月 | 学　歴　・　職　歴 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

ご氏名：

|  |
| --- |
| ☆　応募の動機は何ですか？（なぜ下仁田町地域おこし協力隊を選んだのか） |
|  |
| ☆　下仁田町を訪れたことはありますか？もしくは、町内の訪れてみたい場所はどこですか？ |
|  |
| ☆　その他、「下仁田町地域おこし協力隊」に関して質問があればご記入ください。 |
|  |

※本募集を何で知りましたか

□下仁田町ホームページ　　□JOINホームページ

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）