　年　 月　 日

西予市長　　　　　　様

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**姉妹市町交流訪問団(市民派遣)申込書**

姉妹市町（黒松内町）交流訪問団に参加したいので申込みします。なお、記載事項及び申請者の市税の納入状況について、市が調査することについて同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 性　　別 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年　　齢 | 才 |
| 電　　話 | (携帯　　　－　　　－　　　　) | 職　　業 |  |
| 本事業による交流経験の有無 | | 有　　　・　　無 | |
| ○応募の動機等（審査選考の基準にしますので必ずご記入ください。） | | | |
| 備　　考 | | | |