

武蔵野市地域自立支援協議会及び武蔵野市障害者計画・第7期障害福祉計画専門部会

傍 聴 申 込 書

令和 年 月 日

武蔵野市地域自立支援協議会及び武蔵野市障害者計画・第7期障害福祉計画専門部会の傍聴を希望します。

氏 名 _____

住 所 _____

連絡先 _____

武蔵野市 健康福祉部 障害者福祉課
TEL 0422-60-1904