

## 武蔵野市地域自立支援協議会傍聴申込書

年 月 日

令和 3 年度 第 1 回武蔵野市地域自立支援協議会の傍聴を希望します。

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

武蔵野市役所健康福祉部障害者福祉課

TEL 0422-60-1847、1904