傍　聴　申　込　書

（仮称）千葉県こども計画策定会議こどもの貧困対策専門部会）

|  |
| --- |
| 傍 聴 希 望 者 |
| 氏　名 |  |
| 電話番号 |  |
| （メールアドレス） |  |

※当日連絡の取れる電話番号、メールアドレスをご記入ください。

※「氏名」及び「電話番号」は必ず御記入ください。

　「メールアドレス」の御記入は任意です。

【送付先】

　千葉県健康福祉指導課自立支援班　宛て

　MAIL：jiritsushien@mz.pref.chiba.lg.jp

　FAX：043-222-6294

　（締切：令和７年３月１８日（火）午後５時）