

傍 聴 申 込 書

(千葉県こども・若者みらいプラン推進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8年3月11日（水）午後5時)