・宛先：障がい者支援課

・FAX：０１７－７３４－５３２９

・MAIL：shougai-shien@city.aomori.aomori.jp

令和７年８月　　　日

**令和７年度第２回青森市障がい者自立支援協議会**

**傍聴申込書**

所　属：

記入者：

電　話：

F A X ：

**【傍聴希望者】**

※出席される方の所属・職名/職種・氏名を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　属 | 職名/職種 | 氏　名 |
|  |  |  |
| 資料送付先メールアドレス | | |
|  | | |