第３期上砂川町子ども・子育て支援事業計画素案に対する意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名又は団体名【必須】 |  |
| 住所又は所在地【必須】 |  |
| 電話番号【必須】 |  |

* ご提案いただいた内容の確認を行う場合があります。

|  |  |
| --- | --- |
| 計画の該当ページ、見出し番号 | 意見・提案内容 |
|  |  |
|  |

【意見書の提出方法】

1. 郵送・持参の場合　 〒073-0292　空知郡上砂川町字上砂川町40番地10

　　　　　　　 　　 上砂川町役場　健康推進課　子育て支援係　宛

　　　　　　　　　　　 **※令和7年3月14日(金)必着**

2. FAXの場合　 0125-62-3773

3. Eメールの場合　　kamisuna05@town.kamisunagawa.lg.jp

**意見募集期間　　　令和７年３月５日(水)～令和７年3月１４日(金)**