

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. F A X 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)