第2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 |  |
| 住所又は所在地 |  |
| 電話番号 |  |

* ご提案いただいた内容の確認を行う場合がありますので、必ずご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 意見・提案内容 | | |
| 該当ページ | ※計画素案のページ番号をご記入ください。 | ページ |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

【意見書の提出方法】

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

　　　　　　　　上砂川町役場　福祉課　子育て支援係　宛

1. FAXの場合　　 0125-62-3773
2. Eメールの場合　[kamisuna05@town.kamisunagawa.lg.jp](mailto:kamisuna05@town.kamisunagawa.lg.jp)
3. 持参の場合　　　上砂川町役場　福祉課　子育て支援係

※意見募集期間　　　令和2年2月28日（金）～令和2年3月10日（火）