

『第3期砂川市子ども・子育て支援事業計画素案』

[意 見 記 入 票]

| | | | | |
|--------------------------------------|-----|-------|----------|----------------------|
| ふりがな | | 性 別 | 生年 月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 |
| お名前 | | 男 ・ 女 | | |
| ご住所 | | | | |
| 電話番号 | — — | | | |
| 市外の方は、事務所、事業所、学校、 利害関係などをご記入ください。 | | | | |

意見記入欄

| 計画の該当ページ、 見出し番号 | 意 見 |
|--------------------|-----|
| | |

※意見募集結果の公表の際には、ご意見以外の内容(住所・氏名等)は公表いたしません。

※いずれかの方法で提出してください。

- ①FAX ②Eメール ③郵送 ④閲覧場所の意見箱に投函 ⑤市ホームページ内の専用フォーム

提出先 〒073-0195 砂川市西7条北2丁目1番1号

砂川市保健福祉部 子育て支援課 子育て支援係

TEL 0125-74-8369 FAX 0125-55-2301

Eメール kosodate@city.sunagawa.lg.jp