

「第 7 期上士幌町地域福祉実践計画（素案）」に対する
御意見記入用紙

御意見募集期間：令和 7 年 1 2 月 1 7 日（水）～令和 8 年 1 月 1 4 日（水）

1 御住所、御氏名、電話番号又はメールアドレス、職種等を御記入ください。

御住所【必須】	
御氏名【必須】	
連絡先【必須】	

- ※ 御住所、御氏名、連絡先には電話番号又はメールアドレスを必ず御記入ください。
- ※ 御意見の内容について、電話、メール等により確認させていただく場合があります。
- ※ 記載された個人情報は公表しません。また、今回の意見募集以外の目的で使用しません。

2 素案に対する御意見を御記入ください。

該当ページ	該当箇所、項目等	御 意 見

この用紙を上士幌町社会福祉協議会あてに、FAXまたはメールの添付ファイルとして御送付ください。

（送付先）〒080-1408 河東郡上士幌町字上士幌東 3 線 2 3 7 番地
社会福祉法人 上士幌町社会福祉協議会
電話：01564-2-4688 FAX：01564-7-7004
e-mail：contact_4688@kamishihoro-shakyo.jp