

『砂川地区保健衛生組合公共施設等総合管理計画(案)』

[意 見 記 入 票]

ふりがな		性 別	生年 月日	大正・昭和・平成 年 月 日
お名前		男・女・その他		
ご住所				
電話番号	— —			
砂川市・歌志内市・奈井江町・上砂川町・浦臼町以外にお住みの方は、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

計画素案の該当ページ、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。①ファクシミリでの送信 ②メールによる送信 ③閲覧先の意見箱

提出先 〒073-0168 砂川市西8条北22丁目127番地6

砂川地区保健衛生組合

TEL 0125-53-5353 FAX 0125-53-5354

Eメール cleanplaza@io.ocn.ne.jp