

意見等の提出書

案件名	士幌町第5期地域福祉計画 素案
住所（必須）	
氏名（必須）	
電話番号（必須）	
意見等の記入欄	

【提出先】

〒080-1219 士幌町字士幌西2線167番地
士幌町役場 保健福祉課地域福祉係

TEL 5-2006 FAX 5-2127
E-MAIL fu-fukushi@shihoro.jp

- ※ 必須項目は必ずご記入ください。
- ※ 企業・団体にあっては、住所欄に事務所又は事業所の所在地、氏名欄に名称及び代表者の氏名をご記入ください。