（記入用紙）

岩手県ひとり親家庭等自立促進計画（2020～2024）（中間案）

についての御意見

|  |  |
| --- | --- |
| （お名前） | （御住所）〒　　- |

※　お名前及び御住所は公表しません。

|  |  |
| --- | --- |
| 御意見記入欄 | |
| （項目・ページ） | （御意見の内容） |

【提出先】

・　郵送の場合　　　　〒020-8570　岩手県保健福祉部子ども子育て支援室（住所記載不要）

・　ファクスの場合　　019-629-5464

・　電子メールの場合　AD0007@pref.iwate.jp

（件名に「岩手県ひとり親家庭等自立促進計画（2020～2024）」（中間案）についての御意見である旨記載してください。）

※　電話による御意見の受付は対応しかねますので、御了承願います。

【募集期間】

令和２年５月13日（水）から令和２年６月９日（火）まで【必着】