（参考様式）

岩手県子ども・子育て支援事業支援計画（2025～2029）【素案】への御意見

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （お名前） | | （お住まいの市町村名） |
|  | | |
| 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　　E-mailアドレス：AD0007-2@pref.iwate.jp

　 　（件名に、「岩手県子ども・子育て支援事業支援改革（2025～2029）【素案】への御意見」と記載してください。）

　※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６年12月25日(水)　～　令和７年１月24日(金)　＜必着＞