

(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）
- ・ ファックスの場合 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】