（記入用紙）

岩手県再犯防止推進計画（仮称）素案についての御意見

|  |  |
| --- | --- |
| （お名前） | （御住所）〒　　　- |
| ※　県の考え方を整理する参考として記入をお願いするものであり、公表は行いません。 |
| 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 地域福祉課（住所記載不要）

○　ファクスの場合　　　019-629-5429

○　電子メールの場合　　E-mailアドレス：AD0004@pref.iwate.jp

　　　（件名に、本書のタイトルを記載してください。）

　※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12月14日(月)　～　令和３年１月13日(水)　＜必着＞