第４期岩手県地域福祉支援計画（素案）への意見

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お名前 |  | お住まいの市町村名 |  |
|  |  |
| 御意見記入欄 |
| ○計画の記載箇所（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、「第４期岩手県地域福祉支援計画への意見について」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５年12月25日(月)　～　令和６年１月25日(木)　＜必着＞