**「****島根県DV対策基本計画（第5次改定）」（素案）に関する意見提出様式**

**■電子メールの場合　　seisyou@pref.shimane.lg.jp**

**■郵送の場合　　　　　　〒690-8501松江市殿町１番地　島根県健康福祉部青少年家庭課**

**■ファクシミリの場合　０８５２－２２－６０４５**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご意見１ | 該当箇所 | ページ番号 |  | 行番号  （本文左横に記載の番号） | ～ |
|  | | | | |
| ご意見２ | 該当箇所 | ページ番号 |  | 行番号  （本文左横に記載の番号） | ～ |
|  | | | | |

※欄が足りない場合は、適宜追加してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名または法人・団体名 |  |
| 住所（市町村名のみ） |  |
| 年齢（個人の方のみ・選択して下さい） | １０歳代・２０歳代・30歳代・４０歳代・50歳代・60歳代・その他 |

※氏名等、住所（市町村名のみ）、年齢（個人の方のみ）を公表することはありません。

※記入された個人情報は「島根県DV対策基本計画（第5次改定）」素案に対する意見募集の目的以外には使用しません。

※令和7年１1月９日（日）必着　で御提出ください。