

いわき市保健所 生活衛生課 食品衛生係 宛
FAX : 27-8600
メール : hokenjo-seikatsueisei@city.iwaki.lg.jp
郵送 : 〒973-8408 いわき市内郷高坂町四方木田 191

令和8年度いわき市食品衛生監視指導計画（案）に対する 意見提出票

氏名： ※団体にあっては名称	性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
年齢： <input type="checkbox"/> 20歳未満 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70歳以上	
住所： ※団体にあっては所在地	
電話番号：	
勤務先又は学校名： ※市外在住者のみ記載	
意見内容	
※ご意見については、該当箇所（ページ及び行）を明記してください。	

【締め切り】令和8年1月30日（金）（募集期限必着）