

いわき市保健所 生活衛生課 食品衛生係 宛

F A X : 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 : ※団体にあつては名称	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 : ※団体にあつては所在地	
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）