**【意見提出様式】**

**高知県健康政策部食品・衛生課　行**

**令和　　年　　月　　日**

**高知県水道水質管理計画（案）について**

|  |  |
| --- | --- |
| **住　　所**  **(所在地)** | **〒　　　－** |
| **ふりがな**  **氏　　名**  **(名称)** |  |
| **電話・FAX** | **電話：**  **ＦＡＸ：** |
| **電子メールアドレス** |  |
| **（ご意見）** | |

(注) 法人又は団体にあっては、その名称及び代表者の氏名を記載してください。

**※　提出期限　　令和２年９月４日（金)**

**※　提出先**

**（郵送） 〒780-8570　高知市丸ノ内１丁目2-20　高知県庁食品・衛生課 行**

**（FAX） ０８８－８２３－９２６４**

**（電子メール）　131901@ken.pref.kochi.lg.jp**