意　見　書

年　　月　　日

高知県健康政策部　薬務衛生課　宛て

メール送付先アドレス：131901@ken.pref.kochi.lg.jp

郵　　 送　　 先：〒７８０－０８５０

高知市丸ノ内一丁目２番20号

高知県健康政策部　薬務衛生課

ＦＡＸ送付先番号：０８８－８２３－９２６４

高知県公衆浴場入浴料金の統制額の改定について

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| ご意見 |
|  |

※　提出期限：令和５年９月２日（土）

※　法人又は団体にあっては、氏名欄にその名称及び代表者の氏名並びに担当者名を記載してください。

※　当意見書に記載された氏名、住所、電話番号及びメールアドレスについては、ご意見の内容に不明な点があった場合等における連絡のためのみに利用し、意見募集結果の公表の際には公表しません。