

【意見提出様式】

高知県健康政策部薬務衛生課 行

令和 年 月 日

令和8年度高知県食品衛生監視指導計画（案）について

住 所 (所在地)	〒 ー
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) 法人又は団体にあつては、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8年3月18日(水)

※ 提出先

(郵送) 〒780-8570 高知市丸ノ内1丁目 2-20 高知県庁薬務衛生課 行

(FAX) 088-823-9264

(電子メール) 131901@ken.pref.kochi.lg.jp