

「令和4年度明石市食品衛生監視指導計画（素案）」へのご意見

令和 年 月 日

明石市長 宛て
(生活衛生課)

住 所 _____

氏 名 (団体等の場合は団体名及び代表者氏名)

電話番号 _____

【意見記入欄】 ※ご意見の対象となる該当箇所とご意見を下記の欄にご記入ください。

該当箇所	意 見

【意見提出方法】

①持参・郵送	〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通1丁目4-7 明石市感染対策局生活衛生課 意見公募担当宛て 【持参の場合の受付時間】 平日8時55分～17時40分
②ファクシミリ	FAX 番号：078-918-5441 明石市感染対策局生活衛生課 意見公募担当宛て
③電子メール	アドレス：seikatsueisei@city.akashi.lg.jp ※件名を『「令和4年度明石市食品衛生監視指導計画（素案）」へのご意見』としてください。