

(別紙様式)

<p>「令和 8 年度奈良県食品衛生監視指導計画（案）」に対する 意 見 書</p>
<p>宛先：奈良県福祉保険部医療政策局薬務・衛生課食品・生活衛生係 「奈良県食品衛生監視指導計画」担当 行 〒630-8501 奈良市登大路町 3 0 TEL：0742-27-8681 FAX：0742-27-3029</p>
<p>提出者に関する事項：</p> <p>1 氏名（企業・団体の場合は、企業・団体名、部署名及び担当者名を記載して下さい。） 氏名 企業・団体の場合：部署・担当者名（ ）</p> <p>2 郵便番号・住所 〒 住所</p> <p>3 電話番号</p> <p>4 FAX番号</p> <p>※ご意見の内容に不明な点があった場合等の連絡・確認のために使用する場合がありますので必ずご記入ください</p>
<p>ご意見：</p> <p>1 該当箇所（どの部分に係る意見か分かるように、該当する箇所の表題、頁、行数等を記載して下さい。）</p> <p>2 意見内容</p> <p>3 理 由（根拠となる出典等があれば、添付または併記願います。）</p>

※ご意見は令和 8 年 3 月 6 日（金）までにご提出（郵送の場合は必着）ください。