



1 計画全体について、御意見を御記入ください。

.....

.....

.....

2 本計画(案)の内容について、御意見を御記入ください。
(御意見に関連する項目に✓を御記入ください)

一斉監視の実施 食品等の試験検査の実施 リスクコミュニケーションの推進

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3 その他、御意見がございましたら御記入ください(自由記入)。

.....

.....

.....

★御意見をまとめる際の参考にしますので、差支えなければ下記の項目に当てはまる番号に「○」を御記入ください。

年 齢 ① 20歳未満 ② 20歳代 ③ 30歳代 ④ 40歳代 ⑤ 50歳代 ⑥ 60歳代 ⑦ 70歳以上

お住まい等 ① 京都市在住 ② 京都市内通勤・通学(京都市在住除く) ③ 1、2以外

御意見の 取扱方法

- ①個人情報については、法令等を遵守し、適切に取り扱います。
- ②御提出いただいた御意見の主旨とそれに対する京都市の見解等については、京都市医療衛生企画課のホームページで公表します。
なお、ご提出いただいた御意見に対する個別の回答はできませんので、あらかじめ御了承ください。

宛先

京都市保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課 食品安全担当 宛
FAXの場合：075-213-2997
郵送の場合：〒604-8101京都市中京区柳馬場通御池下る柳八幡町65番地 京都朝日ビル6階



この印刷物が不要になれば
「雑がみ」として古紙回収等へ!

