

食品等安全性確保・食品表示適正確保施策申出書

年 月 日

群馬県知事

あて

申出者 郵便番号  
住 所  
氏 名

( 法人その他の団体にあつては、事務所又は  
事業所の所在地、名称及び代表者の氏名  
連絡先(電話番号) )

群馬県食品安全基本条例第17条第1項の規定により、次のとおり (食品等安全性確保  
食品表示適正確保) に係る施策  
について、 ( 制度の新設  
制度の改廃  
制度運用の改善 ) の措置を講ずるよう申し出ます。

施策の申出の趣旨及び理由	(申出に係る制度又は制度運用)  (上記制度又は制度運用について求める措置)  (理由)
施策の申出の端緒となった事案 (事案の概要の記載で足りる。また、端緒となった具体的な事案がない場合にはその旨記載)	
事務担当課等	電話番号 (内線)
備考 (食品安全審議会への諮問予定等)	

- 注 1 印の欄は、記入しないでください。  
2 この申出制度は、食品等の安全性の確保又は適正な食品表示の確保に係る知事の施策についての制度の新設若しくは改廃又は制度運用の改善を対象とするものであり、個別の事案に対して個別の措置を求めることは対象にならないので注意してください。