

浄化槽法定検査依頼書

平成 年 月 日

大分県指定検査機関

公益財団法人 大分県環境管理協会 御中

ふりがな		
設置者（管理者）名又は名称 （法人にあつては代表者）		印
設置者（管理者）住所		〒
電話番号		
日中の連絡先		
法人等の際の 管理担当者	所属課所名	
	氏名	
	電話番号	

浄化槽法第11条に規定する浄化槽の定期検査を依頼します。

記

浄化槽設置場所	
建物の名称	1. 専用住宅 2. その他（ ）
処理対象人員	単独 ・ 合併 人槽（ t/日）
使用開始日	年 月 日
付近の概略図（必記のこと）	検査手数料納付方法 （該当に○印をつけて下さい） 1. 当日現金払い 2. 検査終了後振込みで支払う
	連絡事項
	年度版 P - -

※検査日は日取りを調整し後日連絡しますので電話番号、担当者名を必ず記入してください。