

簡易専用水道検査依頼書

年 月 日

公益財団法人 栃木県保健衛生事業団
理事長

依頼者	〒	住所
	法人名	
※ 支払者	〒	住所
	法人名	
	代表者名	印
	代表者名	

※ 依頼者と支払者が同じ場合、記入の必要はありません。

簡易専用水道検査を依頼します。

施設名			
所在地	〒		
設置者（又は管理者）氏名			
連絡者（又は立会者） 所属及び氏名			
	TEL	FAX	
受水槽	材質	FRP・コンクリート・鋼鉄・ステンレス・その他	
	容量	m ³	
	基数	基	
高置水槽	基数	基	
通信欄			