

**依頼書 記入例
(現場検査)**

必ずご記入をお願いします。
※ご記入がない場合、日程連絡又は結果書発行などの遅れの原因となります。(システムで管理しますので、わかりやすい文字で記入してください。)

分かる範囲でご記入ください。
※印字の内容に訂正がある場合には、手書きで修正(二重線)してご提出ください。

提出用 簡易専用水道検査依頼書(現場検査)

受付年月日 20 年 月 日
受付番号 K -

一般財団法人 広島県環境保健協会 宛

水道法(昭和32年法律第177号)第34条の2第2項の規定に基づく検査を次のとおり依頼します。

* 印字事項は前回通りとなります	簡易専用水道 設置者住所氏名 (法人の場合は事務所所在地および名称ならびに代表者氏名)	〒 ×××-×××× 広島市中区〇〇町△-△ 〇〇 株式会社 (医療法人 〇〇 ...等)		住所に続けて事業所名もご記入ください。		検査をご依頼される皆様へ 検査結果が特に衛生上問題があると認められた場合、管轄する市町または保健所に、当協会がその旨を代行報告することについて同意いただけますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		いずれかに✓をご記入ください。なお、無回答の場合は「いいえ」の扱いとなります。(下枠も同様です。)	
	簡易専用水道の所在地及び当該建築物の名称	〒 ×××-×××× 福山市山手町□-□ 建築物の名称		実際に現場検査を行う施設の住所と建築物の名称をご記入ください。		個人所有者の方へ 検査を受検された旨を、管轄する市町または保健所に、当協会が情報提供することについて同意いただけますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
変更の場合は二重線で取消し、正式なものを余白に記入して下さい。(訂正印必要)	建築物の用途			竣工年月			施設数		
	給水方	有効容量	槽数	防錆剤	減菌装置使用	利用人数	人/日	使用水量	m/月
用途・施設について、わかる範囲でご記入ください。	6.0 m ³	1 基		FRP		パネル型			
	8.0 m ³	1 基		FRP		パネル型			
検査実施についての連絡先	所属 (いずれかにチェック) <input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 施設駐在者 <input type="checkbox"/> 代行者	会社名	〇〇管理会社(株)		氏名	〇〇 〇〇		担当者名と電話番号をご記入ください。検査日時をご連絡させていただきます。	
		部署名	××課		TEL	012 - 345 - 6789 内線(999)			
その他	(1) 建築物における衛生的環境の確保に関する法律に基づく特定建築物に該当の <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (2) 水槽の検査に脚立が <input type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 (3) 駐車場の <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※希望があれば記入してください。未記入の場合、基本的には前年度と同月で調整 (4) 検査希望年月 20 年 月頃 (検査希望に添えないこともありますのでご了承ください。) (5) 清掃業者名 清掃(予定)年月日 20 年 月 日頃								
検査結果書郵送先	<input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 代行者 <input type="checkbox"/> その他								
検査手数料	1施設あたり:19,250円(税込) 別途、消費税相当額を請求させていただきます。								
当日支払	<input type="checkbox"/> 検査時 ・ <input type="checkbox"/> 窓口 年 月 日 円受領 受領者()								
後日支払請求先	請求書宛名	<input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 代行者 <input type="checkbox"/> その他		〒					
	送付先	<input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 代行者 <input type="checkbox"/> その他		〒					
依頼代行者	郵便番号	-		住所①	- 郡 市 区		整理者名・月日		
	<input type="checkbox"/> 前回と同じ <input type="checkbox"/> 変更あり(右側に記入)	企業名		担当者名 部署名		TEL			
特記事項	依頼代行者に変更があった場合、「□変更あり」に(✓)チェックを入れて、右側の住所会社名記入欄に新しい連絡先等をご記入してください。 検査手数料支払い方法に✓をご記入ください。 当日支払:検査時あるいは依頼時に支払 後日支払:検査後に請求書を郵送 ※ その他を選択された場合は、請求先の住所、氏名をご記入願います。								

本部 : 〒730-8631 広島市中区広瀬北町9-1 TEL (082) 232-6487(直通) FAX (082) 293-8010
 東部支所 : 〒720-0092 福山市山手町5丁目32-26 TEL (084) 952-0007 FAX (084) 952-0009
 * 本依頼書に記述された情報は、検査結果書、業務連絡、事業活動及び提供するサービス以外には使用しません。