

船井郡衛生管理組合 管理者 様



No.

し尿処理（特定世帯）承認願

汲取場所			
名称 (申込者名)			
告知書発送先 (名称・所在地)	名称	所在地 〒	
事務担当者氏名		電話番号	FAX番号
承認期間	自	年 月 日	至 年 月 日

船井郡衛生管理組合廃棄物の処理及び清掃に関する規則第6条に基づき、上記のとおり承認願います。

年 月 日

申請者住所 〒

申請者氏名

印

年 月 日付で提出された上記の内容を承認します。

年 月 日

船井郡衛生管理組合

管理者

印