

受付年月日



別紙様式第6号

No.

し尿収集（特定世帯）承認願

発生場所 (所在地)			
名称 (事業所名・代表者名)			
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 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		

上記のとおり承認願を提出しますので、特定世帯として承認いただきますようお願いいたします。

令和 年 月 日

船井郡衛生管理組合 管理者 様

契約者住所 〒

契約者氏名

印