

浄化槽法定検査(11条検査)依頼書

令和 年 月 日

福岡県知事指定検査機関
一般財団法人福岡県浄化槽協会 殿
FAX 092-947-3636

設置者 住所
ふりがな
氏名
TEL

※上記は自署してください。

下記浄化槽の浄化槽法第11条に規定する定期検査を依頼します。

記

設置者名	
設置場所	
処理対象人員	人
備考	

※ 嘉麻市浄化槽設置整備事業補助金に関する手続きのため、この依頼書に記載された内容を嘉麻市に提供することについて、同意します。