

小規模専用水道廃止届

年 月 日

(あて先) 千葉市保健所長

住 所

(連絡先電話番号)

(連絡先メールアドレス)

@

氏 名

(※)

法人又は組合にあつては、主たる事務所の所在地及び名称並びに代表者の氏名

(※) 記名押印又は本人(代表者)が署名してください。

ただし、押印又は署名以外の方法により本人(代表者)からの申請であることを確認できる場合は記名のみで可。

下記のとおり小規模専用水道を廃止するので、千葉市小規模水道条例第9条の規定により届け出ます。

記

- 1 確認番号・年月日(届出年月日)
- 2 施設の名称
- 3 施設の所在地
- 4 廃止年月日
- 5 廃止の理由

年 月 日