

(様式第 9 号)

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 (※)

法人又は組合にあっては、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。

下記のとおり専用水道を廃止したので、届け出ます。

記

1 確認番号・年月日(届出年月日)

年 月 日

2 水道施設の名称

3 水道施設の所在地

4 廃止年月日 年 月 日

5 廃止の理由

資格)を有する者であることを証する書類