

## 浄化槽法定検査依頼書

年 月 日

大分県知事指定検査機関  
公益財団法人 大分県環境管理協会  
理 事 長 殿

浄化槽法第 11 条の規定に基づく検査を依頼します。  
検査結果の行政報告については、(公財)大分県環境管理協会へ委任します。

設置者(管理者)氏名 <small>(法人にあっては名称および代表者の氏名)</small>	フリガナ  印	
設置者(管理者)住所	〒	
電話番号		
日中の連絡先(携帯番号など)		
担当者 <small>(法人の場合のみ)</small>	所属	
	氏名	
	連絡先電話番号	

浄化槽設置場所	
建物の名称	1. 専用住宅 2. その他 ( )
処理対象人員	単独 ・ 合併 人槽 ( m <sup>3</sup> /日)
使用開始日	年 月 日
付近の概略図(必記のこと)	検査手数料納付方法(該当に○) 1. 当日現金払い 2. 振込み
	連絡事項

※検査日を調整し後日連絡いたしますので、電話番号、担当者名を必ず記入してください。