

新 規 依 賴 書

一般財団法人 三重県環境保全事業団 宛

水道法第34条の2第2項の規定に基づく検査を依頼します。

年 月 日

| | | |
|------|---|-----------------------------------|
| 検査種別 | <input type="checkbox"/> 現場検査 ￥22,000 円(税込) | ※現場検査は県外で遠方の場合、別途追加料金を頂く場合がございます。 |
| | <input type="checkbox"/> 書類検査 ￥4,400 円(税込) | |

| | | | |
|-----------|-----|--------|-------|
| 依頼者 情報 | 住所 | 〒 | |
| | 会社名 | (フリガナ) | |
| | 担当 | 【部署名】 | 【氏名】 |
| | 連絡先 | 【TEL】 | 【FAX】 |
| 【メール】 | | | |

| | | |
|-----------|---|--------|
| 設置者 情報 | <input type="checkbox"/> 依頼者 <input type="checkbox"/> 検査施設 <input type="checkbox"/> その他の場合はご記入願います。 | |
| | 住所 | 〒 |
| | 会社名 | (フリガナ) |
| | 連絡先 | 【TEL】 |

| | | | |
|-----------|---|--------|-----|
| 管理者 情報 | <input type="checkbox"/> 依頼者 <input type="checkbox"/> 検査施設 <input type="checkbox"/> その他の場合はご記入願います。 | | |
| | 住所 | 〒 | |
| | 会社名 | (フリガナ) | |
| | 【TEL】 | | 担当者 |

| | | | | | | | | | | |
|----------|---|------|--------------|--|-----------|--|----------------|----------|------|--|
| 施設 情報 | 住所 | 〒 | | | | | 【受水槽槽数】 | | | |
| | | | | | | | 【有効容量 /総容量】 | | / m³ | |
| | 主用途 | | | | 防錆剤 使用 | | 滅菌装置 使用 | | 材質 | |
| | 施設 | TEL: | | | | | | 【給水方式】 | | |
| | | | | | | | | 【高置水槽槽数】 | | |
| ビル管届出 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | ビル管理 技術者名 | | | | 資格取得 番号 | | | |

| | | | | | | |
|-----------|---|---|-----------|---|---|---|
| 検査 希望月 | 年 | 月 | 直近 清掃日 | 年 | 月 | 日 |
|-----------|---|---|-----------|---|---|---|

| | | | | | |
|-----|---|------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 見積書 | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 | 送付方法 | <input type="checkbox"/> 郵送 | <input type="checkbox"/> FAX | <input type="checkbox"/> メール |
|-----|---|------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|

| | |
|-------------|--|
| 検査日等 連絡先 | <input type="checkbox"/> 依頼者 <input type="checkbox"/> 検査施設 <input type="checkbox"/> その他() |
| | 【担当者】 【TEL】 【携帯】 |

| | | | |
|-----------|--|---|--|
| 請求書 宛名 | <input type="checkbox"/> 依頼者 <input type="checkbox"/> 検査施設 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | その他 | 〒 | |
| | | | |

| | |
|-----------|--|
| 結果書 宛名 | <input type="checkbox"/> 依頼者 <input type="checkbox"/> 検査施設 <input type="checkbox"/> その他() |
|-----------|--|

◎その他ご要望等ありましたら下記にご記入下さい。

| | |
|------|--|
| 特記事項 | |
| | |
| | |