

浄化槽法定検査依頼書（11条検査）

No _____

設置番号

設置者	設置年月日
管理者	建物用途
管理者住所	処理対象人員（計画流入汚水量）
設置場所	人槽 (m ³ / 日)
施設名	実使用人員 人
メーカー・型式	処理目標水質（BOD値） mg/L
工事業者	放 流 先
保守点検業者	種 類
処理方式	保健所

上記の浄化槽について浄化槽法第11条（浄化槽管理者は、環境省令で定めるところにより、毎年1回、指定検査機関の行う水質に関する検査を受けなければならない。）の検査を来年度より継続して申し込みます。

令和 年 月 日

公益財団法人 秋田県総合保健事業団 殿

依頼者

住 所

氏 名

印

(TEL

)

※ 来年度より依頼書の提出は省略となります。

（後日この依頼書の写しを送付いたします。大切に保管してください。）