

浄化槽法定検査依頼書（11条検査）

No. _____

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） 人槽 (m ³ /日)
設置場所	
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 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、指定検査機関の行なう水質に関する検査を受けなければならない。）の検査を申し込みます。

平成 年 月 日

〒011-0909 秋田市寺内児桜3丁目1番24号
 公益財団法人 秋田県総合保健事業団 殿
 TEL 018(880)5046（児桜検査センター）

依頼者

住 所

氏 名

印

(TEL)