ご請求先

**FAX番号　０４６３－７１－８４６７**

　〒

住　所

業者名

お願い

依頼日からくみ取り日まで中２日程度余裕をみてください。

土曜・日曜・祝日は作業がありません。

大磯町美化センター所長

　　　　　様

※必ず記入お願いします。

　　納入通知書・領収書の送付先になります。

仮設トイレくみ取り依頼書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 大磯町　美化センター所長　殿　　　　　　　　　　　（依頼日）令和　　　年　　　月　　日 | | | | | | | |
| **◆**くみ取り場所について　（必ず明細地図等のコピーを添付のこと） | | | | | | | |
| 住　　　　所 | | | 氏　名（現場の世帯主等） | | | 電　話　番　号 | |
| 大磯町 | | |  | |  | | |
| 仮設トイレの  使用予定期間 | 令和　　　年　　　月　　日　から　令和　　　年　　　月　　日 | | | | | | |
| 仮設トイレの  くみ取り希望日 | 令和　　　年　　　月　　日　（中間・最終・撤去・その他） | | | | | | |
| **◆**料金の請求先について（業者名等） | | | | | | | |
| 業　者　名 | | | 住　　　所 | | | | |
|  | | | 〒 | | | | |
| 代　表　者　名 | | | 担　当　者　名 | | | 電話番号・FAX番号 | |
|  | | |  | | | TEL  FAX | |
| 備考（連絡事項） | | | | | | | |
| 作　業　年　月　日 | | くみ取り量 | | 作　業　年　月　日 | | | くみ取り量 |
| 年　　月　　日 | | ㍑ | | 年　　月　　日 | | | ㍑ |
| 年　　月　　日 | | ㍑ | | 年　　月　　日 | | | ㍑ |
| 年　　月　　日 | | ㍑ | | 年　 月　 日 | | | ㍑ |

問い合わせ・送付先：〒259-0103　神奈川県中郡大磯町虫窪66番地　大磯町美化センター

　　　　　　　　　　　TEL 0463-72-4438　FAX 0463-71-8467