

ご請求先

〒
住 所

業者名

様

FAX 番号 0463-71-8467

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

※必ず記入をお願いします。
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 ・ F A X 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	ℓ	年 月 日	ℓ
年 月 日	ℓ	年 月 日	ℓ
年 月 日	ℓ	年 月 日	ℓ

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