

除害施設新設等工事完了届書

提出日を必ず入れてください。

(宛先) 鎌倉市長		年 月 日	
		住所 〒247-0066 鎌倉市山崎 354 番地2	
届出者		やまさきじょうかせんたーびょういん ふりがな 医療法人〇〇会 山崎浄化センター病院	
		氏名 かまくら たろう 理事長 鎌倉 太郎	
		押印は不要	
		電話 0467 (46) 8001	
		〔 法人にあつては、その主たる事務所の所在地及び 名称・代表者氏名を記入してください。 〕	
次のとおり届け出ます。			
1 区 分	<input checked="" type="checkbox"/> 新設	<input type="checkbox"/> 増設	<input type="checkbox"/> 改築
2 除害施設の設置場所	鎌倉市山崎 354 番地2 山崎浄化センター病院 (電話 0467-46-8001)		
3 除害施設の名称	透析排水pH 中和処理装置		
4 完了年月日	令和 4年 4月 5日		
5 使用開始年月日	令和 4年 4月 15日		
6 除害施設施工者	シチリガハマセンター株式会社 (電話 0467-31-5224)		
7 排水設備施工者	排水設備工事を行う指定工事店を記載してください。 (電話)		
備 考			