|  |  |
| --- | --- |
| 決　　　　　　　裁 |  |
| 課長 | リーダー | 担　　　　　　　当 |
|  |  |  |  |  |  |
|

様式第４号（第６条関係）

**工事完了届**

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日 |
| （宛先）入間市長申 請 者 　 　住　　所　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| ふりがな　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| 氏　　名　　　　　　　　　　　　 |
|  | 法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者氏名 |  |
|  |
| 電話番号　　　　　　　　　　　　　 |

入間市下水道条例第８条第１項の規定により、排水設備等の工事の検査を受けたいので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 設置場所 | 入間市　　 | 適合確認番号 | 第　　　　　　　号 |
| 適合確認年月日 | 令和　　　年　　月　　日　　 |
| 使用者 | ふりがな　　 |
| 氏名　　 | 工事完了年月日 | 令和　　　年　　月　　日　　 |
| 指定下水道工事店 | 工事店名　　工事店所在地　　氏名　　　　　　 　　　　　　（法人にあっては代表者の氏名） | 排水設備工事責任技術者 | ふりがな　　 |
| 氏　　名　　　　　　　　　　 |
| 処理事項 |
| 受付年月日 | 令和　　年　 月　 日 | 検査済証番号 | 第　　　　　　　号 |
| 検査年月日 | 令和　　年 　月　 日 | 検査員氏名 |  |  |
| 合格年月日 | 令和　　年　 月 　日 | 立会人氏名 |  |  |
| 検査結果等 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |