

ディスポーザ排水処理システム適合評価申込書（様式1-1）

平成 年 月 日

財団法人 茨城県薬剤師会公衆衛生検査センター

理事長 横濱 明 殿

申請者 会社名 印
代表者名 印
所在地
電話

下記の件について、「適合評価申込概要書」及び「適合評価申込資料」の提出とともに、
(財)茨城県薬剤師会公衆衛生検査センターが定める規定に従った適合評価費用を添えて
適合評価を申し込みます。

記

1. 件名および型式名
2. 評価区分 適合評価 ・ 同等性評価 (戸建住宅用 ・ 集合住宅用)
性能評価 ・ 同等性評価 (一般業務施設用 ・ 特定業務施設用)
個別物件適合評価
3. 申込区分 新規 追加・変更 その他 ()
4. 評価類似案件の有無 無 ・ 有 (3. 申込区分 追加・変更 その他 の場合)
ディスポーザ排水処理システム評価番号 :
ディスポーザ部評価番号 :
5. 連絡先 会社名
所在地
部課名
担当者
電話
E - mail
6. 評価手数料請求書送付先
会社名
所在地
部課名
担当者
電話
E - mail