

| 課 長 | 区政情報管理責任者 | 主 査 | 担 当 |
|-----|-----------|-----|-----|
|     |           |     |     |

|                                                                          |  |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|
| 年 月 日                                                                    |  | 注<br>報告者は太線の内側だけ記載してください。個人情報を除く枠内の記載事項は情報公開の対象となります。 |
| 東京都北区保健所長 殿                                                              |  |                                                       |
| 住 所                                                                      |  |                                                       |
| 氏 名                                                                      |  |                                                       |
| 〔 法人又は組合にあっては、主たる事務所<br>の所在地及び名称並びに代表者の氏名 〕                              |  |                                                       |
| 簡 易 専 用 水 道 廃 止 報 告 書                                                    |  |                                                       |
| 簡易専用水道を廃止したので、下記のとおり報告します。                                               |  |                                                       |
| 記                                                                        |  |                                                       |
| 1 施 設 の 名 称                                                              |  |                                                       |
| 2 簡易専用水道の所在地                                                             |  |                                                       |
| 3 廃 止 年 月 日                                                              |  |                                                       |
| 4 廃 止 の 理 由 (1)建築物使用停止 (2)直結へ変更 (3)有効水量減少<br>(4)貯水槽交換 (5)施設譲渡 (6)その他 ( ) |  |                                                       |

|                |  |  |             |
|----------------|--|--|-------------|
|                |  |  | 保 健 所 収 受 印 |
| I D<br>NO.     |  |  |             |
| 台帳処理済<br>年 月 日 |  |  |             |
| 入 力 済<br>年 月 日 |  |  |             |