

災害時協力井戸廃止申出書

大阪府 保健所長 様

住 所
氏 名
電話番号

下記の災害時協力井戸の廃止を申し出ます。

記

1 提供者名	
2 井戸所在地	
2 廃止理由	
3 登録標識の返還	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

☐は、該当欄にレを記入してください。