

年 月 日

(あて先)

埼玉県危機管理防災部化学保安課長

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

指定完成検査機関等による完成検査の受検について

下記のとおり完成検査を受検しますので報告します。

許可年月日 及び許可番号	年 月 日 指令化保第 号
完成検査実施者	
完成検査実施予定日	年 月 日 ( )
完成検査受検届書 提出予定日	年 月 日
摘要 (完成検査が複数回 にわたる場合等)	
事業所連絡担当者	所 属 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____

(注) ファクシミリ、郵送又は電子メールによる提出可