

年 月 日

(宛先) 高 松 市 長

申請者 住 所

氏 名

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

保 健 所 ~~使用料~~
手数料 減 免 申 請 書

保健所 ~~使用料~~
手数料 の減免を受けたいので、次のとおり申請します。

減免を受けようとする 使用料(手数料)の種別	☐ 飲料水化学試験 ☐ 飲料水細菌試験
減 免 額	☐ 飲料水化学試験 3,410 円を 1,700 円 ☐ 飲料水細菌試験 2,520 円を 1,260 円 に減額 ☐ 上記両試験 5,930 円を 2,960 円
理 由	第 1 次渇水対応時において、井戸水の安全性を 確認した上で、飲用に使用したいので、検査手数料の減額を希望します。
井 戸 の 所 在 地	高松市 町 丁目 番 号 番地