

施設破損・異常報告書

長野市衛生センター所長 宛

受注者 住 所

氏 名

印

件 名	
受付年月日・時間	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分
受 付 者	
《内容》	
《経過・対応・結果》	
《その他》	

(※衛生センター使用欄)

受付日 令和 年 月 日

監督員	係	係長	所長補佐	所長