

令和 年 月 日

長 門 市 長 様  
(上下水道局 管理課)

〒 一  
住 所  
申 請 者  
担 当 者  
(電話・FAX )

### 地下埋設物件への影響確認願い

下記の工事を施工しますので上下水道施設の位置及び施工による影響等について協議します。

工 事 名	
工 事 の 場 所	
発 注 者	
施工者および現場責任者	
施 工 内 容	
工 法	
工 事 期 間	
協議事項 (該当するものにレ印) <input type="checkbox"/> 当該当地に (上・下) 水道施設はありません <input type="checkbox"/> 上水道施設が近接しています (別紙参照)。施工の際には注意してください。 <input type="checkbox"/> 下水道施設が近接しています (別紙参照)。施工の際には注意してください。 <input type="checkbox"/> 現地立会いが必要ですので、試掘及び施工される3日前までに必ず連絡して下さい。 <input type="checkbox"/> その他 上記のとおり回答します。 回答年月日 令和 年 月 日 上下水道局 管理課 サービス班 担当者名 電 話 ー ー	