年　　月　　日

下関市立下関保健所長　様

住所

建築物所有者

氏名

法人にあってはその名称、主たる事務所の

所在地及び代表者の氏名

住所

維持管理

権原者　　　氏名

法人にあってはその名称、主たる事務所の

所在地及び代表者の氏名

　下記建築物の維持管理権原者は下記のとおりであることを証します。

記

１　特定建築物の名称

２　特定建築物の所在地

３　特定建築物維持管理権原者の氏名及び住所

　　　　住所

　　　　氏名

　　　　　　　　電話　（　　　）

 以上