

第3号様式（第5条関係）

大和市家具転倒防止器具取り付け完了確認書

年 月 日付（ 号）で決定のあった支援の実施について、  
家具転倒防止器具取り付け作業が完了したことを確認いたしました。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

事業者記載欄

作業日	年 月 日
-----	-------

事業者名	登録番号（ - ）
------	-----------

担当者名

作業内容

(注意事項)

- 1 取り付け事業者は、家具転倒防止器具の取り付け完了後、速やかに当該完了確認書を事務局に提出して下さい。

確認欄	摘要
-----	----

収 受	・ ・	建築指導課				商工会議所	
-----	-----	-------	--	--	--	-------	--

起 案	・ ・	起案者	担当	係長・主幹	課長・参事		
-----	-----	-----	----	-------	-------	--	--

決 裁	・ ・						
-----	-----	--	--	--	--	--	--

施 行	・ ・						
-----	-----	--	--	--	--	--	--