

対象製品確認シート

ご記入者	会社名	住所
	(ご担当者)	Tel: _____ Fax: _____
		E-mail: _____
管理されているFCE型の基数:【5人槽 基】、【7人槽 基】、【10人槽 基】		

①浄化槽のご使用開始から対象機種台数を判断する場合

ご使用開始時期が平成27年5月以前の製品 基

※①で対象台数を確認した場合には②の確認は必要ありません。

②循環水移送装置用バルブから確認する場合

設置現場で直接確認されるときは下図を参照してください。

○循環水移送装置のバルブ種類は、どちらですか。

対象製品

対象外品



基

○コメント欄(設問以外にお気づきの点等ございましたらご記入下さい。)
