超低温冷凍庫無償譲渡申込書

令和６年　月　日

輪之内町長　様

申請者　　住　　所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名：

　物品の仕様や譲渡の条件等を理解したうえで、下記のとおり超低温冷凍庫を譲渡していただきたく申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 物品の概要 | PHCbi　超低温フリーザー(MDF-C8V1-PJ) |
| 事業所名 |  |
| 事業所住所 ※ |  |
| 代表者名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 |  |
| 申請理由（用途等） |  |

※超低温冷凍庫を使用する事業所の住所をご記載ください。

〇お問い合わせ・提出先

　輪之内町保健センター

　住　所：〒503-0204 岐阜県安八郡輪之内町四郷2537-1

　電　話：0584-69-5155

メールアドレス：hoken@town.wanouchi.lg.jp