第５号様式

年　　月　　日

墨田区分譲マンション管理ドクター派遣内容確認書

墨田区長　あて

所在地

マンション名

役職・氏名

電話番号

　　　　年　　月　　日付け　　　第　　　号で決定を受けた墨田区分譲マンション管理ドクター派遣について、下記のとおり完了したので墨田区分譲マンション管理ドクター派遣制度要綱第１０条第１項の規定により報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 支援の種類 | □マンション管理ドクター支援□マンション管理ドクター集中治療支援 |
| 派遣日時 | 　　　年　　月　　日　　時　　分　　～　　時　　分 |
| 派遣場所 | 所在地名　称 |
| 参加人数 | 　　　　名※派遣員は含まないで記入ください。 |
| 派遣員名 |  |
| 支援内容 |  |
| 今後の方針 |  |