超低温冷凍庫譲渡申込書

年　　月　　日

　（宛先）大崎町長

申込者　　住所　：

事業者名：

代表者名：

　下記のとおり超低温冷凍庫を譲渡くださるよう申し込みます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望するもの（数量を記入） | （株）EBAC　UD-80W74NF | 　　台 |
| 使用施設名 |  |
| 施設住所 |  |
| 代表者名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 | 電話：e-mail： |
| 申込理由（用途等） |  |