

(宛先)
広島市保健所長

〒 電話
住所

氏名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり、廃止の届出をします。

業 務 の 種 別 (該当する項目に☑してください。)		☐ 製造業 ☐ 輸入業 ☐ 一般販売業 ☐ 農薬用品目販売業 ☐ 特定品目販売業 ☐ 施行規則附則第３項に規定する内燃機関用メタノール のみの取扱い ☐ 上記以外	
		☐ 特定毒物研究者	
登 録 （ 許 可 ） 番 号 及 び 登 録 （ 許 可 ） 年 月 日		(有効期間開始日) 第 号 年 月 日	
製 造 所 （ 営 業 所 、 店 舗 、 主 た る 研 究 所 ）	所在地	〒 (電話) (FAX) (e-mail) 広島市 区	
	名 称		
廃 止 年 月 日			
廃止の日に関現に所有する毒物 又は劇物の品名、数量 及び保管又は処理の方法			
備 考			
担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等		(電話)	

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します（承諾されない方はお申し出ください。）。

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	(受付)		(伺い)	
	係	専門員	係	係長