

(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。

事業場	種類（該当する項目に ☑してください。）	☐ 電気めっき事業 ☐ 金属熱処理事業 ☐ 運送事業 ☐ しろあり防除事業	
	所在地	〒 広島市	（電話） 区 （FAX）
	名称		
取扱品目 （該当する項目に☑してください。）		☐ 無機シアン化物たる毒物及びこれを含有する製剤 ☐ 令別表第2に掲げる物（ ☐ 砒素化合物たる毒物及びこれを含有する製剤	
廃止年月日			
廃止の日に現に所有する毒物 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。）。
 ※ 取扱品目欄には、令別表第2に掲げる物に該当する場合は（ ）内に化学名（製剤にあつては、化学名及びその含量）を記載してください。

◎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	課長