

# 毒物劇物業務上取扱者廃止届

(宛先)  
広島市保健所長

〒 電話  
住所

氏名

(法人にあつては、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。)	<input type="checkbox"/> 電気めっき事業 <input type="checkbox"/> 金属熱処理事業 <input type="checkbox"/> 運送事業 <input type="checkbox"/> 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。)	<input type="checkbox"/> 無機シアン化物たる毒物及びこれを含有する製剤 <input type="checkbox"/> 令別表第2に掲げる物 ( ) <input type="checkbox"/> 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