

廃 止 届

| | | |
|--|-------|--------------|
| 業 務 の 種 別 | | |
| 登 録 番 号 及 び 登 録 年 月 日 | | |
| 製造所 (営業所 、店舗、主たる研 究所) | 所 在 地 | 〒 TEL |
| | 名 称 | |
| 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 | | |

上記により、廃止の届出をします。

年 月 日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)
〒

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

印

TEL

西宮市保健所長 様

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 業務の種別欄には、毒物若しくは劇物の製造業、輸入業、一般販売業、農業用品目販売業若しくは特定品目販売業又は特定毒物研究者の別を記載すること。ただし、附則第3項に規定する内燃機関用メタノールのみを取扱いに係る特定品目販売業にあつては、その旨を付記すること。