

(様式第4号)

毒物劇物販売業登録等情報提供資料請求書

年 月 日

(宛先) 岡崎市保健所長

(請求者) 住 所

ふりがな

氏 名

[法人にあつては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名]

電話番号

次のとおり資料の情報提供を請求します。

希望する資料の内容	☐ 毒物劇物販売業 ☐ 営業者の主たる事務所の所在地 (法人に限る。) ☐ 営業者氏名 (法人にあつては、名称) ☐ 店舗の名称 ☐ 店舗の所在地 ☐ 店舗の電話番号 ☐ 登録の種類 (一般販売業、農薬用品目販売業、特定品目販売業の別) ☐ 登録番号 ☐ 登録年月日 (当初) ☐ 登録の有効期間
	☐ 要届出毒物劇物業務上取扱者 ☐ 届出者の主たる事務所の所在地 (法人に限る。) ☐ 届出者氏名 (法人にあつては、名称) ☐ 事業場の名称 ☐ 事業場の所在地 ☐ 事業の種類 (電気めっき、金属熱処理、毒物劇物の運送、しろあり防除の別) ☐ 届出年月日
時期	☐ 請求日現在 ☐ 年 月 日～ 年 月 日を有効期間 (始) とする初回許可を受けた施設 ☐ 年 月 日～ 年 月 日に廃止した施設 (直近 1 年間に限る。) ☐ その他 ()
提供方法	☐ E-mail による電子データ送付 (メールアドレス) ☐ 写しの交付 方法 : ☐ 窓口受領 ☐ 郵送 ☐ FAX (番号) 媒体 : ☐ 紙 ☐ CD-ROM ☐ FD ☐ その他 () ☐ 閲覧 ☐ その他 ()
連絡先	担当者氏名 電話番号

注 希望する内容の□欄に、✓を記入してください。