

害虫駆除薬剤交付申込書

標記のことについて、下記のとおり実施しますので交付願います。

なお、散布については、細心の注意を払い、万一事故等が発生した時は、当団体の責任において処理いたします。

実施月日	実施場所	駆除対象	備考
○月×日	町内 or 自治会内	蚊	

実施される予定日・実施される予定の場所を記入してください。

スミラブ錠剤 1袋 2錠入

数 量

□□ 袋 ■■ 錠

上記のとおり受領いたしました。

年 月 日

何袋必要かを記入してください。
なお、1袋に2錠入っています。

申請いただく団体名・代表者様の住所、お名前、お電話番号をご記入ください。

団体名 △△ 町会 ・ 自治会

住所 和泉市●●町××番◎◎号

氏名 和泉 コダイ

電話番号 0725 - 99 - 8122

団体の代表者様でない場合にご記入ください。

申請者が代表者様ご自身であれば、この欄の記入不要です。

住所 和泉市●●町××番◎◎号

氏名 和泉 ロマン

電話番号 0725 - 99 - 8122

市側で記入しますので、記入不要です。

認印を押印してください。

受付年月日	交付年月日	交付者