様式第１号（第７条関係）

除 草 剤 配 付 申 請 書

令和年　月日

双葉町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| （申請者） |  |
| 住　　　所 |  |
| 避難先住所 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 電話番号 |  |

下記のとおり除草剤の配付を受けたいので、確認事項に同意のうえ申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １．配付希望数量 |  |  | 本 |
| ２．使用場所 | 双葉町大字 |  | 字 |  |  |
| ３．受取希望日時 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | ( |  | ) | 午前･午後 |  | 時頃 |  |
| ４．確認事項 |  |
|  |

|  |
| --- |
| 〇 使用前には、除草剤に記載された取扱説明を必ず確認した上で、全て自己責任において使用します。〇 非農耕用を承知した上で使用します。〇 除草剤散布時は周囲の状況に注意を払うとともに、長袖・長ズボン、マスク、手袋、ゴーグル等を着用し安全対策を講じます。また、散布後は必要に応じて立入禁止の措置を講じます。〇 散布する場所は、上記の使用場所に限ります。〇 除草剤は農薬のため薬害が生じる恐れがあることを認識し、適切に保管・使用・処分します。また、第三者に有償・無償を問わず譲渡は行いません。〇 町が使用前後の効果を確認するため、除草剤の使用場所に立ち入ることを認めます。〇 この申請書に虚偽はありません。[ ]  上記の事項を確認し同意します。 |

 |

※町記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　付 | 判 定 | 台　帳　登　録 | 備　考 |
| 番　号 | 配付日 | 数　量 | 担　当 |
|  | 可 |  |  |  |  |  |
| 否 | 理由： |