

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

<p><input type="radio"/> 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。</p> <p><input type="radio"/> 非農耕用を承知した上で使用します。</p> <p><input type="radio"/> 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。</p> <p><input type="radio"/> 散布する場所は、上記の使用場所に限りません。</p> <p><input type="radio"/> 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。</p> <p><input type="radio"/> 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。</p> <p><input type="radio"/> この申請書に虚偽はありません。</p>	<p><input type="checkbox"/> 上記の事項を確認し同意します。</p>
--	---

※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:				