

双葉町長 様

住所

避難先住所

氏 名

電話番号

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 _____

- 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。
- 非農耕用を承知した上で使用します。
- 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。
- 散布する場所は、上記の使用場所に限ります。
- 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。
- 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。
- 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。

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