

薬剤支給申請書

アメリカシロヒトリ等害虫防除にあたり薬剤の支給を受けたいので、次のとおり申請します。なお、申請にあたり下記の注意事項を遵守します。

年 月 日

魚沼市長 様

自治会名称				
代表者氏名				
代表者住所	〒 魚沼市			
	電話番号			
防除作業日	令和 年 月 日			
対象害虫				
申請薬剤量 申数	スミチオン (乳剤)100ml 1,000倍希釈	スミチオン (乳剤)500ml 1,000倍希釈	トレボン (乳剤)100ml 4,000倍希釈	トレボン (EW)500ml 2,000倍希釈
	本	本	本	本
受取希望日	令和 年 月 日			
	※受取希望日の10日前までに生活環境課に提出してください。 なお、緊急を要する場合は、必ず生活環境課までご連絡ください。			
薬剤の 受取場所	<input type="checkbox"/> JA 北魚沼 西部営農センター 〈魚沼市吉水 329-1〉 <input type="checkbox"/> JA 北魚沼 東部営農センター 〈魚沼市井口新田 645-13〉 <input type="checkbox"/> JA 北魚沼 北部営農センター 〈魚沼市須原 1418-1〉			

注意事項

- (1) 1申請につき、1回の防除作業で使い切る薬剤量を申請すること。
- (2) 薬剤の使用は、使用上の注意を遵守するほか販売者の指示に従うこと。
また、適正な希釈倍率にて使用し、適切な保管方法・処分を行うこと。
- (3) 薬剤は農産物や魚類等または、周辺の家屋等にも影響する可能性があります。
防除作業を行う際には、近隣住民等関係者に十分周知をすること。

【連絡先】
魚沼市 生活環境課 環境対策係
TEL:025-792-9766
FAX:025-793-1016

生活環境課記載欄	担当者	受付日
処理日		
年 月 日		