

## フロン類引取依頼書

引取依頼日：西暦

年

月

日

## 【処理委託する特定製品分類】

※分類は必ず選択して下さい

 ①第一種特定製品 ②その他 ( )

FAX：052-432-7477

第一種フロン類引取業者認定 愛知県 第1号

中京フロン株式会社 本社 行

(ご担当者名： )

## 引取証明書宛先 (必須)

(○を記入)

① 第一種フロン類充填回収業者	
② 第一種特定製品の管理者	
③ 第一種フロン類回収先	

## 引取証明書送付先 (必須)

(○を記入)

① 第一種フロン類充填回収業者	
② 第一種特定製品の管理者	
③ 第一種フロン類回収先	

## ①第一種フロン類充填回収業者 (必須)

氏名又は名称					
登録番号	都道府県 (○で囲む)				号
住所	〒				
ご担当者名		TEL		FAX	

## ②第一種特定製品の管理者

氏名又は名称					
住所	〒				
ご担当者名		TEL		FAX	

## ③第一種フロン類回収先

回収先名 (氏名又は名称及び住所)	冷媒種類	容器番号	重量 (kg)	処理方法 (■で塗る)
※氏名又は名称、住所等は証明書に反映されるため、略さず正式名称をご記入下さい。				
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊

※処理方法は指定がある場合に■を記入して下さい。指定がない場合は当社にて適正処理致します。

## 集荷方法場所について (必須：該当番号を■で塗る)

<input type="checkbox"/> ①	月	日	中京フロン株式会社	に 持込
<input type="checkbox"/> ②	月	日		に 集荷

## ※中京フロン(株)記入欄

受付番号：

集荷場所：

受付日

集荷予定日

空容器返却日

年

年

年

月

月

月

日

日

日 頃

# フロン類引取依頼書

引取依頼日：西暦 年 月 日

**【処理委託する特定製品分類】**

※分類は必ず選択して下さい

- ①第一種特定製品  
 ②その他 ( )

FAX : 03-5809-6733

(ご担当者名： )



フロン類引取等業者認定 東京都 第7号  
**中京フロン株式会社 東京支店 行**

**引取証明書宛先 (必須)** (○を記入)

① 第一種フロン類充填回収業者	
② 第一種特定製品の管理者	
③ 第一種フロン類回収先	

**引取証明書送付先 (必須)** (○を記入)

① 第一種フロン類充填回収業者	
② 第一種特定製品の管理者	
③ 第一種フロン類回収先	

**①第一種フロン類充填回収業者 (必須)**

氏名又は名称					
登録番号	都道府県 (○で囲む)				号
住所	〒				
ご担当者名		TEL		FAX	

**②第一種特定製品の管理者**

氏名又は名称					
住所	〒				
ご担当者名		TEL		FAX	

**③第一種フロン類回収先**

回収先名 (氏名又は名称及び住所)	冷媒種類	容器番号	重量 (kg)	処理方法 (■で塗る)
※氏名又は名称、住所等は証明書に反映されるため、略さず正式名称をご記入下さい。				
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊

※処理方法は指定がある場合に■を記入して下さい。指定がない場合は当社にて適正処理致します。

**集荷方法場所について (必須：該当番号を■で塗る)**

<input type="checkbox"/> ①	月	日	中京フロン株式会社	に 持込
<input type="checkbox"/> ②	月	日		に 集荷

※中京フロン(株)記入欄

受付番号：  
 集荷場所：

受付日 年 月 日  
 集荷予定日 年 月 日  
 空容器返却日 年 月 日頃

## フロン類引取依頼書

引取依頼日：西暦 年 月 日

## 【処理委託する特定製品分類】

※分類は必ず選択して下さい

- ①第一種特定製品  
 ②その他 ( )

貴社名 (必須)

FAX : 072-653-1801

(ご担当者名 : )
------------



第一種フロン類引取り等業者認定 大阪府 第7号 中京フロン株式会社 大阪支店 行
---

引取証明書宛先 (必須) (○を記入)

① 第一種フロン類充填回収業者	
② 第一種特定製品の管理者	
③ 第一種フロン類回収先	

引取証明書送付先 (必須) (○を記入)

① 第一種フロン類充填回収業者	
② 第一種特定製品の管理者	
③ 第一種フロン類回収先	

## ①第一種フロン類充填回収業者 (必須)

氏名又は名称					
登録番号	都道府県 (○で囲む)				号
住所	〒				
ご担当者名		TEL		FAX	

## ②第一種特定製品の管理者

氏名又は名称					
住所	〒				
ご担当者名		TEL		FAX	

## ③第一種フロン類回収先

回収先名 (氏名又は名称及び住所)	冷媒種類	容器番号	重量 (kg)	処理方法 (■で塗る)
※氏名又は名称、住所等は証明書に反映されるため、略さず正式名称をご記入下さい。				
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊

※処理方法は指定がある場合に■を記入して下さい。指定がない場合は当社にて適正処理致します。

## 集荷方法場所について (必須：該当番号を■で塗る)

<input type="checkbox"/> ①	月	日	中京フロン株式会社	に 持込
<input type="checkbox"/> ②	月	日		に 集荷

※中京フロン(株)記入欄

受付番号：

集荷場所：

受付日 年 月 日

集荷予定日 年 月 日

空容器返却日 年 月 日頃

## フロン類引取依頼書

引取依頼日：西暦 年 月 日

## 【処理委託する特定製品分類】

※分類は必ず選択して下さい

- ①第一種特定製品  
 ②その他 ( )

貴社名 (必須)

FAX : 092-477-7173

(ご担当者名 : )
------------



中京フロン株式会社 福岡営業所 行
-------------------

引取証明書宛先 (必須) (○を記入)

① 第一種フロン類充填回収業者	
② 第一種特定製品の管理者	
③ 第一種フロン類回収先	

引取証明書送付先 (必須) (○を記入)

① 第一種フロン類充填回収業者	
② 第一種特定製品の管理者	
③ 第一種フロン類回収先	

## ①第一種フロン類充填回収業者 (必須)

氏名又は名称					
登録番号	都道府県 (○で囲む)				号
住所	〒				
ご担当者名		TEL		FAX	

## ②第一種特定製品の管理者

氏名又は名称					
住所	〒				
ご担当者名		TEL		FAX	

## ③第一種フロン類回収先

回収先名 (氏名又は名称及び住所)	冷媒種類	容器番号	重量 (kg)	処理方法 (■で塗る)
※氏名又は名称、住所等は証明書に反映されるため、略さず正式名称をご記入下さい。				
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊

※処理方法は指定がある場合に■を記入して下さい。指定がない場合は当社にて適正処理致します。

## 集荷方法場所について (必須：該当番号を■で塗る)

<input type="checkbox"/> ①	月	日	中京フロン株式会社	に 持込
<input type="checkbox"/> ②	月	日		に 集荷

※中京フロン(株)記入欄

受付番号：

集荷場所：

受付日 年 月 日

集荷予定日 年 月 日

空容器返却日 年 月 日頃

# フロン類引取依頼書

引取依頼日：西暦 年 月 日

**【処理委託する特定製品分類】**

※分類は必ず選択して下さい

- ①第一種特定製品  
 ②その他 ( )

FAX : 053-523-7697

(ご担当者名： )



第一種フロン類引取業者認定 愛知県 第1号  
**中京フロン株式会社 浜松工場 行**

**引取証明書宛先 (必須)** (○を記入)

① 第一種フロン類充填回収業者	
② 第一種特定製品の管理者	
③ 第一種フロン類回収先	

**引取証明書送付先 (必須)** (○を記入)

① 第一種フロン類充填回収業者	
② 第一種特定製品の管理者	
③ 第一種フロン類回収先	

**①第一種フロン類充填回収業者 (必須)**

氏名又は名称					
登録番号	都道府県 (○で囲む)				号
住所	〒				
ご担当者名		TEL		FAX	

**②第一種特定製品の管理者**

氏名又は名称					
住所	〒				
ご担当者名		TEL		FAX	

**③第一種フロン類回収先**

回収先名 (氏名又は名称及び住所)	冷媒種類	容器番号	重量 (kg)	処理方法 (■で塗る)
※氏名又は名称、住所等は証明書に反映されるため、略さず正式名称をご記入下さい。				
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊
				<input type="checkbox"/> 再生・ <input type="checkbox"/> 破壊

※処理方法は指定がある場合に■を記入して下さい。指定がない場合は当社にて適正処理致します。

**集荷方法場所について (必須：該当番号を■で塗る)**

<input type="checkbox"/> ①	月	日	中京フロン株式会社	に 持込
<input type="checkbox"/> ②	月	日		に 集荷

**※中京フロン(株)記入欄**

受付番号： \_\_\_\_\_  
 集荷場所： \_\_\_\_\_

受付日 年 月 日  
 集荷予定日 年 月 日  
 空容器返却日 年 月 日頃