

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：052-432-7477

(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 名古屋本社 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：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 東京本店 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

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（

）

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

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（

）

貴社名（必須）

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

回収フロン引取等依頼書

ご依頼日: 令和 年 月 日

お客様名(窓口担当会社様)			ご担当者名	
住所	〒 — TEL:			
充填回収業者の名称				
充填回収業者の住所	〒 —			
回収現場の都道府県		充填回収業者登録番号		
容器お持ち込み方法				

NO.	回収物件名(上段)、証明書宛名(下段)	回収機器の分類	容器番号	フロン名	フロン量	※処理方法 (選択ください)
1				R-	kg	
2				R-	kg	
3				R-	kg	
4				R-	kg	
5				R-	kg	
6				R-	kg	
7				R-	kg	
8				R-	kg	
9				R-	kg	
10				R-	kg	

備考欄
引取希望日: 月 日

本依頼書は、FAXまたはメールにて弊社へお送りください。

※本用紙は、フロンガスの適正処理(再生処理または破壊処理)へ向けた容器の集荷手配書となります。


中京フロン株式会社 福岡営業所
 福岡県福岡市博多区山王一丁目15番1号
 TEL 092-477-7172 FAX 092-477-7173
 メールアドレス gyomu_f@fron.co.jp