

# フロン類引取依頼書

引取依頼日：令和 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)

(ご担当者名： )
-----------

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 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)
				<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■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) に 持込
<input type="checkbox"/> ② 月 日 に 社内便 集荷
<input type="checkbox"/> ③ 月 日 に 運送便 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