

# フロン類引取依頼書

引取依頼日：平成 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認定業者 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