

第1号様式

## 駆除用薬剤交付申出書

高知市長 様

申出日 年 月 日

申出者 衛生組合名又は町内会名等 \_\_\_\_\_

代表者（衛生組合長又は町内会長等）

住所 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_

担当者名・連絡先 \_\_\_\_\_

下記のとおり駆除用薬剤の交付を申し出ます。

記

薬 剤 種 類	必要数 (A)	自費購入数 (B)	薬剤交付申出数 (A) - (B)
I G R 剤（発泡錠） ユスリカ・チョウバエ対策用 （昆虫成長抑制剤）	包  (2錠1包)	包	包
ハエ・蚊・ゴキブリ・イエダニ対策用 （市提供薬剤名：ベルミツール水性乳剤）	本  (1本500ml入)	本	本
ヤスデ・ムカデ・ダンゴムシ対策用 （市提供薬剤名：シャットアウト粉剤）	袋  (1袋3kg入)	袋	袋

※薬剤交付申出数は、自費購入数が上限となります。

※交付薬剤は、自費購入薬剤と同等の薬剤となります。自費購入薬剤と同一の銘柄の薬剤ではない場合がありますので、予めご了承ください。

必ず郵送（〒781-0802 高知市丸池町9-8）またはFAX(883-4289)でお申し込みください。

衛生組合連合会での 自費購入数の確認欄	
------------------------	--