

廃棄物処理委託申込書

令和 年 月 日

公益財団法人エコサイクル高知 代表理事 様

(排出事業者)

住 所

氏 名

[法人にあつては、法人の名称及び代表者の氏名]

次のとおり廃棄物の搬入計画について承認をうけたいので申請します。

排出事業場の所在地			
排出事業場の名称			
搬入期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	
搬入計画	回 / 日 ・ 週 ・ 月 ・ 年 程度		
廃棄物の種類及び予定数量	搬入物の種類	数 量	年間予定総搬入量
	①	t/1回	t
	②	t/1回	t
	③	t/1回	t
	④	t/1回	t
	⑤	t/1回	t
	⑥	t/1回	t
	⑦	t/1回	t
搬入方法の区分※	1 自社による搬入	2 委託による搬入	3 自社・委託の併用

- ※ 1 : 別途、搬入車両登録手続きを行ってください。
 2 : 委託する収集運搬業者の許可証の写しを添付してください。
 3 : 別途、搬入車両登録手続きを行い、委託する収集運搬業者の許可証の写しを添付してください。

- 備考
- ・ 搬入期間については1年を越えないものとします。
 - ・ 排出事業場の所在地及び名称については、申請者が中間処理業者である場合は、当該事業者の事業場に係るものを記載してください。

その他 添付書類等

- ・ 廃棄物の性状に関する書類(溶出試験結果等)【第2号様式】
- ・ 検査成績書の写し

※溶出試験結果等の有効期限は、申込日から6ヵ月以内とします。

排出事業者名:

(収集運搬業者名:)

連絡先・担当者等

1 申請書記載内容担当	会社名: 担当者氏名: 電話番号: ファックス番号: メールアドレス:
2 契約書送付先担当	会社名: 担当者氏名: 送付先住所:〒 電話番号: ファックス番号: メールアドレス:
3 予約確定通知書 送付先担当	会社名: 担当者氏名: 送付先住所:〒 電話番号: ファックス番号: メールアドレス:
4 マニフェスト送付先担当	会社名: 担当者氏名: 送付先住所:〒 電話番号: ファックス番号: メールアドレス:
5 請求書送付先担当	会社名: 担当者氏名: 送付先住所:〒 電話番号: ファックス番号: メールアドレス: 自社様式: 有 ・ 無

※ 連絡先・担当者に変更が生じる場合は、ご連絡ください。