年　　月　　日

江東区保健所生活衛生課長　殿

昆虫成長抑制剤投入事業申込書

団　体　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

団体住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

団体電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

当団体は、下記の内容について同意し、江東区保健所が実施する昆虫成長抑制剤投入事業への協力を申し込みます。

記

１　区域内の区道や私有地にある雨水マスに昆虫成長抑制剤を投入します。

２　保健所が３月に実施する説明会に参加し、使用方法等の説明を受けて受領します。

３　昆虫成長抑制剤は、５月から１０月までの投入量に、予備の量を加えた量を受領します。

４　配付された昆虫成長抑制剤を適切に管理します。また、当該団体以外の者に譲り渡しをしません。

５　団体名、代表者氏名等が変更した場合は、速やかに申し出ます。

６　不明点や疑問点が生じた場合は、保健所と団体で協議します。

※担当者の連絡先を記載してください。
　施設管理人等の場合は「(管理人)」等の肩書きを記載してください。

担当者

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿