

フロン類再生・破壊依頼書

依頼した日 年 月 日

当てはまるほうを○で囲んでください

再生

破壊

引取りを求めた第一種フロン類充填回収業者

伝票番号																				
氏名又は名称		登録番号																		
住 所		〒																		
担当者	部署	氏名										電 話								
												F A X								

第一種フロン類再生業者又はフロン類破壊業者へ引き渡すフロン類の冷媒番号、量及び容器識別番号

X 票に添付する F 票の枚数 枚

冷媒番号	R	引き渡した量	kg	容器識別番号																

第一種フロン類充填回収業者に再生又は破壊を依頼された業者

氏名又は名称		許可番号																	
住 所		〒																	
担当者	部署	氏名										電 話							
												F A X							