第44号様式(第40条第1項)

産業廃棄物排出事業所届出書

年　　月　　日

（届出先）

横浜市長

住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、名称・代表者の氏名）

電話　　 (　　　)

　次のとおり産業廃棄物を排出する事業所を横浜市廃棄物等の減量化、資源化及び適正処理等に関する規則第40条第1項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市内事業所  (市内建設現場) | | 所在地 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 電話　　　(　　) | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | FAX　　　(　　) | | | | | | |
| 資本金(建設工事の場合は元請負金額) | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業員数 | | | | | 当該事業所　　　　　　　人　　　(　全体　約　　　　人) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の業種 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 業務内容 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業所に設置する特定施設の種類及び番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 産業廃棄物担当者 | | | | | 職名 | |  | | | | | | | 氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 産業廃棄物の種類  (該当番号を○で囲んでください。) | | | | | 1　燃え殻  5　廃アルカリ  9　繊維くず  13 金属くず  17 家畜のふん尿 | | | | | 2 汚泥  6 廃ﾌﾟﾗｽﾁｯｸ類  10 動植物性残さ  14 ｶﾞﾗｽｺﾝｸﾘｰﾄ陶磁器くず  18 家畜の死体 | | | | | | | | | 3 廃油  7 紙くず  11 動物系固形不要物  15 鉱さい  19 ばいじん | | | | | | 4　廃酸  8　木くず  12 ｺﾞﾑくず  16 がれき類  20 処分するために処理したもの | |
| 石綿含有産業廃棄物の有無（　有 ・ 無　）（　　　　　）  （（　）内に上記１から20までのうちの該当番号を記入してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特別管理産業廃棄物管理責任者 | | | | | 職名 | | |  | |  | | | 氏名 | |  | | | |  | | | | 資格 | | | ※ |
| 特別管理産業廃棄物の種類  (該当番号を○で囲んでください。また、その他の場合は、具体的に記入してください。) | | | | | 1　廃油 | | | | | | | 2　廃酸 | | | | | | | | | | 3　廃アルカリ | | | | |
| 4　感染性産業廃棄物 | | | | | | | 5　廃ポリ塩化ビフェニル等 | | | | | | | | | | 6　廃石綿等 | | | | |
| 7　その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作物の新築、改築又は除去に伴い、特別管理産業廃棄物又は石綿含有産業廃棄物（石綿を含有する建設資材の使用め面積の合計が1,000平方メートル以上である工作物の新築、改築又は除去に伴って生じたものに限る。）を排出する場合合は、下欄に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工　　　　　期 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | 発　注　者 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 現場事務所所在地 |  | | | | | | | | | |
| 発　生　量 | 廃石綿等 | | | ｔ | | 石綿含有  産業廃棄物 | | | | | ｔ | | | | | | | 廃石綿等以外の  特別管理産業廃棄物 | | | | | | ｔ | | |
| 収集運搬業者 | 所在地  名称 | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 中間処理業者 | 所在地  名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 処分方法 | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 最終処分業者 | 所在地  名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 処分方法 | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |

※印の欄は、資格について次の該当番号を記入してください。

１　医師・歯科医師・看護師等の医療資格　　２　学歴と実務経験の組合せ　　３　実務経験　　４　その他

(注意)　下欄は、記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所コード |  | 入力日付 |  | 備考 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(A4)