

ポリ塩化ビフェニル廃棄物運搬計画書

年 月 日

(提出先)
横浜市長

住 所
氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)
電話番号

横浜市ポリ塩化ビフェニル廃棄物適正管理指導要綱第4条の規定に基づき、ポリ塩化ビフェニル廃棄物運搬計画書を提出します。

運搬責任者	所 属	氏 名	電話番号
運搬理由			

保管(所在)の場所	変更前	名称	電話番号
		住所	
		特別管理産業廃棄物管理責任者氏名	
	変更後	名称	電話番号
		住所	
		特別管理産業廃棄物管理責任者氏名	

運搬予定年月日 年 月 日

運搬するポリ塩化ビフェニル廃棄物 当欄記載の通り 別紙の通り

番号	廃棄物の種類	定格容量	製造者名	型式	製造年月	表示記号等	台数又は容器の数(総重量)	濃度区分	参考事項

運搬経路 ※ 添付図面のとおり。

運搬方法	運搬者	いずれかを選択し、「委託業者」を選択した場合は下欄に詳細を記入してください							
		<input type="checkbox"/> 自己運搬 <input type="checkbox"/> 委託業者							
		委託業者名		許可番号					
	運搬車両								
	運搬容器								
	積み込み方法								
	積み下し方法								
	転倒防止措置								
漏洩防止措置									