

ポリ塩化ビフェニル廃棄物譲受け申請書

年 月 日

(申請先)
横浜市長

住 所
氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者の職氏名)

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5条・第6条）の規定に基づき、ポリ塩化ビフェニル廃棄物の譲受けについて、次のとおり申請します。

譲り渡す者	住 所								
	氏 名	(法人にあつては、名称及び代表者の職氏名)							
	電話番号								
譲受け後の 予定保管場所	名 称		電話番号						
	所在地								
	担当者								
譲受け予定年月日	年 月 日								
譲受け場所	名 称		電話番号						
	所在地								
	特別管理産業廃棄物管理責任者								
譲受け後の譲渡し者の 連絡先	住 所								
	名 称		電話番号						
譲り受けるポリ塩化ビフェニル廃棄物 <input type="checkbox"/> 当欄記載の通り <input type="checkbox"/> 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
譲受け理由									