

ポリ塩化ビフェニル廃棄物新規発生報告書

年 月 日

(報告先)
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2条の規定に基づき、次のとおり報告します。

事業場の名称	
事業場の所在地	
電話番号	
特別管理産業廃棄物管理責任者	

新たに発生したポリ塩化ビフェニル廃棄物

発生年月日	年 月 日								
発生場所									
発生した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
発生理由									

書類の送付先 (いずれかを選択し、「その他」を選択した場合は下欄に詳細を記入してください)

届出者

事業場

その他

その他	事業場の名称		電話番号	
	事業場の所在地			

※本市記載欄	管理番号	
--------	------	--