

回収フルオロカーボン引渡依頼書

・回収事業者	※回収をした事業者
名称	_____
住所	_____
TEL	_____
担当者	_____
冷媒回収事業所登録番 ¹	

処理に関する注意事項
 回収フロンをセンターへ持参の際、このフォームの**太枠内**を全て記入して提出し
 原則、回収フルオロカーボン処理証明書の発行にて対応させていただきます。

年 月 日
 福山市西桜町2丁目3番4号
 株式会社福山冷機
 福山冷媒管理センター
 TEL:084-924-2345 FAX:084-925-5122

1	第一種特定製品廃棄等実施者又は整備等発注者（機器の廃棄者/所有者） 住所		電話 担当者		第一種フロン類引渡受託者 取次（1） 住所		電話 担当者		回収目的
									<input type="checkbox"/> 廃棄
									<input type="checkbox"/> 整備
	回収現場名（回収がある施設名） 住所		フロン種類	ボンベ番号 持込時総重量	破壊量	台数	①PAC ②冷凍・冷蔵機器	備考	
			kg	kg	台	①			
			kg		台	②			
2	第一種特定製品廃棄等実施者又は整備等発注者（機器の廃棄者/所有者） 住所		電話 担当者		第一種フロン類引渡受託者 取次（1） 住所		電話 担当者		回収目的
									<input type="checkbox"/> 廃棄
									<input type="checkbox"/> 整備
	回収現場名（回収がある施設名） 住所		フロン種類	ボンベ番号 持込時総重量	破壊量	台数	①PAC ②冷凍・冷蔵機器	備考	
			kg	kg	台	①			
			kg		台	②			
3	第一種特定製品廃棄等実施者又は整備等発注者（機器の廃棄者/所有者） 住所		電話 担当者		第一種フロン類引渡受託者 取次（1） 住所		電話 担当者		回収目的
									<input type="checkbox"/> 廃棄
									<input type="checkbox"/> 整備
	回収現場名（回収がある施設名） 住所		フロン種類	ボンベ番号 持込時総重量	破壊量	台数	①PAC ②冷凍・冷蔵機器	備考	
			kg	kg	台	①			
			kg		台	②			