

第2号様式

廃棄物処理方法確認書

年 月 日

船橋市保健所長 あて

住 所

氏 名

〔 法人にあつては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

電話番号

廃棄物処理方法について、船橋市におけるふぐの取扱い等に関する条例施行細則第2条の規定により、下記のとおりであることを確認します。

記

1 焼 却

2 埋 却

3 廃棄物が途中で散逸するおそれのないような措置をした上で清掃関係者に委託

委託先 所在地

業者名

電話番号