

整理番号	年度受理番号

受理年月日	

農 薬 販 売 届

年 月 日

群馬県知事

あて

住所

氏名

(法人にあってはその名称及び代表者の氏名)

電話

農薬取締法第17条の規定に基づき下記のとおり届け出ます。

記

1 届出事項 販売所

販売所の名称 住 所 郵便番号・電話番号	〒	TEL
----------------------------	---	-----

備考 「1 届出事項 販売所」は、インターネットを利用して販売する場合その他の販売所で直接農薬を販売しない場合にあっては、販売者の事務所その他これに準ずる場所を記載すること。

2 業務内容

業種区分	農協 卸 薬局 (店) 種苗 肥料 ホームセンター その他			
取扱農薬 (該当に○)	普通物	毒物	劇物	
	殺虫剤	殺菌剤	除草剤	その他
国指定農薬(水質汚濁性農薬)取扱の有無	有		無	
県指定農薬取扱の有無	有		無	
農薬の仕入先				
毒物劇物取扱責任者の有無	有		無	
農薬管理指導士の有無	有		無	
農薬管理指導士 (該当のある場合のみ)	認定番号	氏 名		
営業開始年月日				

※本書を正・副本1部ずつ作成し、以下の書類を添付すること。

- 〔法人〕 登記簿謄本 (販売所増設の場合は不要) 1部
- 届出者の位置及び販売所の一覧 (複数の販売所がある場合) 1部
- 〔個人〕 住民票 1部