


毒物及び劇物取締り法に基づく農薬譲受書

太枠内の①～⑫の項目をご記入ください。 ※本書は注文用紙ではありません。

①ご注文コード	②注文日	年	月	日			
③記入日	年	月	日	譲受日	年	月	日
名称	デゾレートAZ粒剤 5kg						
④数量	袋						
⑤氏名（法人の場合は、法人名+代表者名または担当者名）+印鑑							
							
⑥住所（郵便番号 — — ）							
⑦電話番号							
固定電話（ — — ） 携帯電話（ — — ）							
⑧職業（業種）				⑨生年月日（⑤の方の生年月日・年齢）			
				大 昭 平 年 月 日（満 才） 正 和 成			
⑩使用目的							
⑪使用場所							
⑫ご提出いただく身分証明書（チェックを入れてください）							
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ）							

送付先 〒989-6252 宮城県大崎市古川荒谷字新芋川143-2 株式会社おてんとさんEC事業部 宛
FAX 0229-27-1088 E-mail shopmaster@otentosun.co.jp

■注意事項

⑤氏名は直筆でお願いいたします。電子サイン、電子印鑑は不可となります。

⑦在宅・在籍確認と薬剤用途の確認をさせていただく場合がございます。

※記入漏れや記入内容に誤りがあった場合には再提出が必要となります。

※毒物・劇物指定農薬は「毒物・劇物取締り法第14条」に基づき販売いたします。

※本書の保存年限は5年間となります。電子保存の他、管轄保健所の指導により原本保存をしております。

※本書の他、身分証明書（運転免許証・運転経歴証明書・マイナンバーカード（顔写真付）・パスポートのいずれか）の写しが
必要です。（法人の場合は代表者様または担当者様の身分証明書写しをご提出ください。）