

年 月 日

（宛先）御所市長

（申込者）住 所

氏 名

電話番号

〔 法人・団体にあっては、主たる事務所の
所在地、名称及び防除実施責任者の氏名 〕

御所市クビアカツヤカミキリ防除用品使用実績報告書

御所市クビアカツヤカミキリ防除用品配布要綱第7条の規定により使用実績を報告します。

被害木の場所	御所市		
被害木の所有者等	<input type="checkbox"/> 申込者本人 <input type="checkbox"/> 申込者以外（ ）		
被害木の樹種・本数	<input type="checkbox"/> サクラ <input type="checkbox"/> ウメ <input type="checkbox"/> モモ <input type="checkbox"/> その他（ ）		本
	うち薬剤（スプレー式）を使用した被害木の本数		本
	うち薬剤（散布式）を使用した被害木の本数		本
	うち資材（被覆ネット）を使用した被害木の本数		本
防除用品使用数	薬剤（スプレー式）		本
	薬剤（散布式）		本
	資材（被覆ネット）		巻

添付書類 （1）防除用品の使用が確認できる写真

（2）その他市長が必要と認める書類

※御所市記入欄

次のとおり使用実績を確認しました。

確認年月日	年 月 日		
確認担当者	印		印
防除用品返還数	薬剤（スプレー式）		本
	薬剤（散布式）		本
	資材（被覆ネット）		巻

記入例

様式第2号 (第7条関係)

元号XX年YY月ZZ日

(宛先) 御所市長

(申込者) 住 所 御所市大字〇〇XXX番地
氏 名 〇〇自治会 会長 〇〇 〇〇
電話番号 0745-XX-XXXX / 090-XXXX-XXXX

薬剤とネットを使用して防除対策を実施した被害木の本数を記入してください。

法人・団体にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び防除実施責任者の氏名

御所市クビアカツヤカミキリ防除用品使用実績報告書

使用した薬剤とネットの数量を記入してください。

御所市クビアカツヤカミキリ防除用品配布要綱第7条の規定により使用実績を報告します。

被害木の場所	御所市大字〇〇XYZ番地 〇〇神社境内地内		
被害木の所有者等	<input type="checkbox"/> 申込者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申込者以外 (〇〇神社)		
被害木の樹種・本数	<input checked="" type="checkbox"/> サクラ <input type="checkbox"/> ウメ <input type="checkbox"/> モモ <input type="checkbox"/> その他 ()	10本	
	うち薬剤 (スプレー式) を使用した被害木の本数	5本	
	うち薬剤 (散布式) を使用した被害木の本数	1本	
	うち資材 (被覆ネット) を使用した被害木の本数	8本	
防除用品使用数	薬剤 (スプレー式)	1本	
	薬剤 (散布式)	1本	
	資材 (被覆ネット)	8巻	

- 添付書類 (1) 防除用品の使用が確認できる写真
(2) その他市長が必要と認める書類

※御所市記入欄

記入不要です。空欄で提出してください。
未使用の薬剤やネットがある場合は、返還してください。

次のとおり使用実績を確認しました。

確認年月日	年 月 日		
確認担当者	印	印	
防除用品返還数	薬剤 (スプレー式)	本	
	薬剤 (散布式)	本	
	資材 (被覆ネット)	巻	