

遺伝子組換え施設等（病原体等取扱施設）使用全廃届出書

年 月 日

吹 田 市 長 宛

届出者 所在地 _____

名 称 _____

代表者氏名 _____

（所在地は、主たる事務所の所在地を記入してください。）

（個人にあつては、住所及び氏名を記入してください。）

吹田市遺伝子組換え施設等、病原体等取扱施設及び放射性同位元素取扱施設に係る市民の安心安全の確保に関する条例第8条第2項（第20条において準用する場合を含む。）の規定により、次のとおり届け出ます。

事業所の名称	(電話番号)
事業所の所在地	吹田市
使用廃止年月日	年 月 日
使用廃止の理由	
※受付年月日	
※整理番号	

備考 ※印の欄は、記入しないでください。