

(様式3)

年 月 日

茨城県 保健所 毒劇担当 行

担当者

部署

氏名

連絡先

変更届

毒物劇物多量取扱施設情報を、以下のとおり変更します。

施設の名称			
施設の所在地			
業種 (該当するものに○をつける)		製造業 ・ 輸入業 ・ 販売業 業務上取扱者 (届出有) ・ 業務上取扱者 (届出無)	
変更内容	事項	変更前	変更後
備考			