様式SFRA.R601HM　　会員→協会→管理センター

令和　年　月　日

回収済フロン【破壊処理】申込書

（一社）静岡県フロン回収事業協会

本　部　宛（FAX：054-289-3667）

破壊

会員名　【　　】

担当者名　【　　】

会員番号　【　　】

以下の通り、回収済フロンの破壊処理を依頼します。

1．回収済フロン容器の持込み先（いずれかに〇印を付し必要事項を記入して下さい）

令和　　年　　月　　日までに

イ：「名光機器(株)」へ持込みます。（1.沼津営業所　2.静岡営業所　3.浜松営業所）

ロ：「源冷機部品(株)」へ持込みます。（1.沼津営業部　2.静岡営業部）

ハ：「(株)アトム大井川工場」へ持込みます。（初回は当会代表理事の事前承認が必要です）

ニ：「引き取り」を希望します。（希望先に〇印を付けてください。）

ホ：その他（　　）

2．破壊処理フロンの内訳

No	容器記号	容器番号	冷媒の種類	破壊重量（kg）	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
合　計					

※当協会は法施行規則第49条に基づく例外承認者として静岡県知事より認定を受けております。

【重要】①過充填が確認された場合はお取り扱いができない場合があります。

②容器耐圧期限内の容器である事、可溶栓に異常がない事の確認を行ってください。

③容器表面に回収したフロンの種類と回収した重量を明記して下さい。

④回収前に回収容器が耐圧区分を満足しているか必ず確認してください。

3．空容器の返却方法（いずれかに〇印を付し必要事項を記入して下さい）

イ：自社で持ち帰ります。　ロ：宅配便で下記へ返却先に返却して下さい

容器返却先	住　所	〒
	宛　名	
	電話番号	

※ 容器表面にも返却時の為、返却先住所、宛名、電話番号を必ず記入願います。

（R6.7.1改訂）