様式２

シアン化合物含有豆類使用報告書（　　月分）

年　　月　　日

　　水戸市保健所長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 住所  又は  所在地 | 〒　　　－  電話番号 |
| フリガナ |  |
| 氏名  又は  名称  （代表者の氏名） | 印  （自署の場合は押印を省略できます。） |

　　このことについて，下記のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| シアン化合物含 | 前月末の在庫数量 | | 購入数量 | | 使用数量 | | 残存在庫数量 | |
| 有豆類の種類 | 袋数 | 重量 | 袋数 | 重量 | 袋数 | 重量 | 袋数 | 重量 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（重量単位：ｋｇ）