

年 月 日

肝付町長 様

住 所
氏 名
連絡先

㊟

ヤンバルトサカヤスデ駆除用薬剤配布申請書

ヤンバルトサカヤスデ駆除のため、薬剤配布を申請します。

1. 配布を希望する薬剤(希望する方を○で囲む。両方の場合は、両方を○で囲む)

(コイレット3kg(粒剤) 2袋 ミリペーダ 500 ミリリットル(液剤) 1本)

※ひと月あたり一世帯に配布する薬剤は、コイレットが2袋、ミリペーダが1本です。

2. ヤンバルトサカヤスデの発生場所

肝付町 _____

3. 発生日 月 日

4. 発生状況の写真

ヤスデの個体を近距離から撮影したもの、発生状況(数等)がわかる距離で撮影したもの、それぞれ1枚撮り、本申請書に添付して提出ください。