

様式第 4 （第 4 条関係）

特定毒物使用者指定申請書 年 月 日 愛知県知事 殿 住 所 氏 名 (名称及び代 表者の氏名) 下記のとおり〔ジメチルエチルメルカプトエチルチオホスフェイト〕を含有する製 モノフルオール酢酸アミド 剤の使用者の指定をしてください。	
団体の構成員数	
団体に所属する 農地の地番及び 面積	
特定毒物の品目	

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とする。