

県様式第8号

精神の機能の 障害に係る届出	冷 凍 一 般 液 石 特 定 容 器 国 際	×整理番号	
		×受理年月日	年 月 日
名称(事業所の名称を含む)			
事務所(本社)所在地			
事業所所在地			
対象者の状況 (冷凍則第3条の2第2項 等に該当する者(法人の役 員にあってはその職及び 氏名))	役職・氏名		
	医師の所見	別添のとおり	

年 月 日

届出者 氏 名

神 奈 川 県 知 事 殿
(地域県政総合センター所長)

- 備考
- 1 この用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
 - 2 ×の項は記載しないこと。
 - 3 冷凍則第3条の2第2項等に該当する者について、その病名、障害の程度、病因、病後の経過、治癒の見込みその他参考となる所見を記載した医師の診断書を添付すること。