附件3：

湖南省限制使用农药经营许可推荐意见表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 经营者名称 |  | | |
| 营业场所 |  | | |
| 法定代表人  （负责人） |  | 固定电话 |  |
| 手机 |  |
| 联系人 |  | 固定电话 |  |
| 手机 |  |
| 营业场所 |  | | |
| 仓储场所 |  | | |
| 县级农业主管部门农药管理机构核查意见（是否满足布局规划、是否符合限制使用农药定点经营条件等）：  （单位公章）  负责人：  年 月 日 | | | |
| 市级农业主管部门农药管理机构审批意见：  （单位公章）  负责人：  年 月 日 | | | |