

(医療関係機関関係)

年 月 日
区長 様
住 所
氏 名 印
<small>(法人にあつては、主たる事務所の所在地・名称・代表者の氏名)</small>
電 話
業者番号
医 療 関 係 機 関 収 集 届
医療関係機関より排出される事業系一般廃棄物の収集・運搬 について、次のとおり届け出ます。
届 出 事 由
作業場所及び処理量 運 搬 車 両
収集開始年月日

- 添付書類 1 医療廃棄物排出状況申告書 (写)
 2 中間処理施設等との契約書 (写)
 3 中間処理施設等所在地の行政機関の許可証 (写)

提出部数 1部

受 付 欄
※

※ 印欄は、記入しないこと。

注意 この様式は区によって異なる場合がありますので、各区にお問い合わせください。