

(医療関係機関関係)

許可番号

住所

名称

(法人にあつては、主たる事務所の所在地・名称)

印

担当者 _____

_____ 区医療廃棄物処理実績報告書 (_____ 年度分)

医療関係機関から排出された廃棄物の処理実績について、次のとおり報告します。

収集・運搬・処分の の区別	○収集・運搬 ○最終処分 ○処分 (最終処分を除く)		一般廃棄物 の種類	○厨芥等 ○医療廃棄物		運搬 (処理) 先 の名称・所在地	①	②
	廃棄物の内訳				計 e = a + b + c + d		f の処分先	
医療関係機関名	感染性廃棄物 a (滅菌なし)	感染性廃棄物 b (非感染性廃棄物に処理済)	非感染性廃棄物 c	非医療廃棄物 d				感染性廃棄物 (滅菌 なし) の焼却残さ物 等の排出量 f
(_____ 所) 計								

1 この報告は、毎年4月1日から翌年3月31日までのものをとりまとめ4月30日までに提出すること。
 2 感染性廃棄物 (滅菌なし) については、一般廃棄物の取り扱う種類が『医療廃棄物』の許可を取得している業者のみ取り扱える。