

(医療関係機関関係)

医療廃棄物排出状況変更届

年 月 日

_____区_____ (清掃事務所) 長 様

(申請者) 医療機関名

管 理 者

印

所 在 地

電 話 番 号

年 月 日付で認定を受けた医療廃棄物等（一般廃棄物）の持込み
について、下記のとおり委託先を変更しましたので届出いたします。

持 込 先 認 定 年 月 日 有 効 期 間	清 掃 工 場 年 月 日 年 月 日 ~	中防処理施設 年 月 日	最 終 処 分 場
変更後の委託先			
処 理 業 者 名 称 代 表 者 所 在 地・電 話 番 号 許 可 番 号	区許可 第 号		
変更前の委託先			
処 理 業 者 名 称 代 表 者 所 在 地・電 話 番 号 許 可 番 号	区許可 第 号		

備 考

- 1 添付書類
 - ① 医療廃棄物排出状況確認書 (写)
 - ② 一般廃棄物処理業者との契約書 (写)
- 2 提出部数 2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。