（医療関係機関関係）

様式№２６

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  区長　様  住　　所  氏　　名　　　　　　　　　　　　印  （法人にあっては、主たる事務所の所在地・名称・代表者の氏名）  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もありますので、各区にお問い合わせください。