（医療関係機関関係）

様式№２９

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | 中防処理施設 | 最終処分場 | |
| 年　　月　　日 | | | |
| 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | | |
| 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もありますので、各区にお問い合わせください。