

(医療関係機関関係)

## 医療廃棄物排出状況申告書

年 月 日

区 (清掃事務所) 長様

(申請者) 医療機関名  
 管理者氏名  
 所在地  
 電話番号

印

医療廃棄物等(一般廃棄物)の持込み処理をしたいので下記のとおり申告いたします。

申 請 欄	管理責任者の職氏名						
	業態及び規模		病院 ・国立・公立・私立の別(該当を で囲む。)	診療所(一般・歯科)	検査機関	その他	
	発生する一般廃棄物の種類及び排出日量		種類	感染性廃棄物 kg	非感染性廃棄物 kg	非医療廃棄物 kg	合計 kg
	上記のうち区長の指定する処理施設へ持込を申請する種類及び日量 <small>感染性廃棄物は区長の指定する処理施設に持込みできません。</small>		種類	感染性廃棄物 <small>非感染性処理したものに限る</small>	非感染性廃棄物	非医療廃棄物	合計 kg
	感染性廃棄物の前処理方法		焼却 オートクレーブ 乾熱滅菌 煮沸(15分以上) その他 ~ の方法により滅菌する場合は、さらに破碎する等により滅菌したことを明らかにします。				
	持込予定回数及び日量		1週間あたり回数	回	1回あたり持込量	kg	
	持込形態		自己持込	委託	継続持込	一時持込	
	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 号				
	持込使用台数 持込車両の車両番号		台数	車両番号	車種	積載量	
	遵守事項		感染性廃棄物は、非感染性廃棄物に処理した後、持込みます。 非感染性廃棄物に処理しない場合は専門業者に委託します。 廃棄物をいれた容器、袋には、区の指定したステッカーを貼付して持込みます。 その他、区の処理計画に従って、廃棄物を持込みます。				

この申告書は医療関係機関が廃棄物を自ら区長の指定する処理施設に持込む場合又は処理業者に処理を委託する場合に、事前に確認を受けるものです。

なお、実際の搬入にあたっては、清掃一組の持込承認を受ける必要があります。

## 医療廃棄物排出状況確認書

様

区 (清掃事務所) 長

上記の申告について下記のとおり認定いたします。

認 定 欄	持込先	清掃工場	中防処理施設	最終処分場
	認定年月日	年 月 日		
	有効期間	年 月 日	~ 年 月 日	
	持込形態	自己持込み	委託先 ( )	

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。