

(医療関係機関関係)

医療廃棄物排出状況申告書

年 月 日

台東清掃事務所長 殿

(申請者) 医療機関名

管理者氏名

印

所在地

電話番号

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		①病院 ②診療所（一般・歯科） ③検査機関 ④その他 ・国立・公立・私立の別（該当を○で囲む。） ・従業員数 人 ・病床数 床 ・資本金 百万円				
	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みを申請する種類及び日量 ※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。		種類	感染性廃棄物 非感染性処理したものに限る kg	非感染性廃棄物 kg	非医療廃棄物 kg	合計 kg
	感染性廃棄物の前処理方法		①焼却 ②オートクレーブ ③乾熱滅菌 ④煮沸（15分以上） ⑤その他 ※②～⑤の方法により滅菌する場合は、さらに破砕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		①自己持込み ②委託		①継続持込み ②一時持込み		
	委託先	処理業者名称 代表者 所在地・電話番号 許可番号	特別区許可 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		①感染性廃棄物は、非感染性廃棄物に処理した後、持ち込みます。 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。 ②廃棄物を入れた容器、袋には、区の指定したステッカーを貼付して持ち込みます。 ③その他、区の処理計画に従って、廃棄物を持ち込みます。				

※ 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、東京二十三区清掃一部事務組合の持込承認を受ける必要があります。

様式 4

医療廃棄物排出状況確認書

様

台東清掃事務所長 印

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 ()	