

調 査 票

医療廃棄物追跡管理システムにご加入いただく際は、以下項目の記入について、ご協力をお願いいたします。

なお、御記入いただきましたデータは、「東京都環境公社プライバシーポリシー (<https://www.tokyokankyo.jp/privacy>)」に基づき、厳重に管理いたします。

公益財団法人 東京都環境公社

医院名	フリカナ)		
住所	〒 _____		
代表者名	フリカナ)		
担当者名	フリカナ)		
電話番号		F A X 番号	
メールアドレス			

システムから配信する 帳票等の通信手段	F A X	メール	配信不要
------------------------	-------	-----	------

【契約を希望される廃棄物】

感染性廃棄物	レントゲン廃液		廃プラ類	機密書類
	現像液	定着液		

【契約情報】

収集運搬業者	中間処理業者	地区医師会

※東京都医師会方式以外でのお申込みの場合は、地区医師会欄は「なし」とご記入ください。

東京都医師会方式については、医療廃棄物追跡管理システムホームページよりご確認ください。<https://www.tokyokankyo.jp/fdm/>