

様式第2号(第16条関係)

医療廃棄物回収確認票(回収者保管用) A票

|          |  |
|----------|--|
| 回収日      |  |
| 医療機関等名   |  |
| 回収個数     |  |
| 配付個数     |  |
| 配付残数     |  |
| 収集担当者    |  |
| 医療機関等担当者 |  |

収集者が回収数、配布数、残数を記入の上、医療機関等担当者のサインをもらう。(A B両方) 切り離し、B票を医療機関等に渡す。

医療廃棄物回収確認票(医療機関等保管用) B票

|          |  |
|----------|--|
| 回収日      |  |
| 医療機関等名   |  |
| 回収個数     |  |
| 配付個数     |  |
| 配付残数     |  |
| 収集担当者    |  |
| 医療機関等担当者 |  |

豊川市