

様式第1号(第9条関係)

感 染 性 在 宅 医 療 廃 棄 物 収 集 要 請 書

年 月 日

豊 川 市 長 様

所在地

名称

代表者氏名

下記のとおり感染性在宅医療廃棄物収集を要請します。

記

事業所名	
収集開始日	
収集場所	
収集日	
電話番号	