別記様式（第５条関係）

提出日を記入してください

記入例

２０２５年　４月　１日

医療廃棄物処理届出書

中野区長あて

名称　　医療法人社団〇〇会　〇〇整形クリニック

　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長　△△　△△

押印不要

所在地　　中野区松が丘×丁目×番×号

電話番号　　０３（□□□□）□□□□

Ｅメール　　seikeicl@XXXXX.co.jp

医療廃棄物の処理について、以下のとおり届け出ます。

該当するものに☑して、事由発生日を記入ください

届け出している３及び４の内容の変更はこちら☑してください

１　届け出区分

開業　　所在地・管理者などの変更　　廃棄物に関する事項の変更　　閉業・廃業

　（事由発生日　２０２５年　３月２５日）

「閉業・廃業」には他区への移転も含めます

「開業」には他区からの移転開業も含めます

２　管理者、業態及び規模

該当するものに☑して、従業員数、病床数を記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| 管理責任者の職・氏名 | 事務部長　　〇〇　〇〇 |
| 業態及び規模 | 病院　　医科診療所　　歯科診療所　　介護老人保健施設  助産所　　動物診療施設　　その他の研究機関等  （従業員数　　　６人）　（病床数　　　０床） |

３　自己処理または処理業者に委託する廃棄物の報告

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 廃棄物の種類及び日量 | 種　　類 | 非医療廃棄物 | 非感染性廃棄物 | 感染性廃棄物 | 合　　計 |
| 一般廃棄物 | kg | kg | kg | kg |
| 産業廃棄物 | kg | kg | kg | kg  日量は、年間排出（見込み）量÷３６５を記入ください |
| 収集運搬を委託する業者 | 業者名 | 株式会社×× | | | |
| 許可番号 | ９９－１２３４５６７ | | | |
| 処分を委託する業者 | 業者名 | △△株式会社 | | | |
| 許可番号 | ８８－８９０１２３４ | | | |
| 備考 |  | | | | |

４　中野区が行う収集・運搬を利用する廃棄物の申請

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 廃棄物の種類及び日量 | 種　　類 | 非医療廃棄物 | 非感染性廃棄物 | 滅菌処理廃棄物 | 合　　計 |
| 燃やすごみ | kg | kg | kg | kg |
| 陶器・ガラス・金属 | kg |  | 日量は、年間排出（見込み）量÷３６５を記入ください | kg |
| 感染性廃棄物を滅菌して非感染性廃棄物とする方法  該当するものに☑してください  高圧蒸気滅菌（オートクレーブ）　　乾熱滅菌　　溶融設備  その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 保管場所 | 有　　無  該当するものに☑してください | | | | |
| 排出場所 | 専用の保管場所　　近所の集積所　　その他（　　　　　　　　） | | | | |
| 遵守事項 | ⑴　中野区の処理計画に従って廃棄物を排出します。  該当するものに☑してください  ⑵　感染性廃棄物（業者委託分）と非感染性廃棄物は区分して排出します。 | | | | |

排出場所が近所の集積所の場合、周辺図を作成してください。

|  |
| --- |
| 集積所住所　　中野区松が丘×丁目×番×号  区へ収集・運搬を依頼する場合、位置図を記入ください |
| 当クリ  ニック  ××ア  パート  △△通り |

【担当】　〒１６５－００２４　中野区松が丘１－６－３　中野区清掃事務所

ＴＥＬ：０３－３３８７－５３５３　　ＦＡＸ：０３－３３８７－５３８９

E-mail：seiso@city.tokyo-nakano.lg.jp