

(様式 3)

吹田市在宅医療廃棄物収集 利用中止届

年 月 日

吹田市長 宛

私が利用している吹田市在宅医療廃棄物収集について、下記の理由により中止することを届け出ます。

※太線の枠内のみご記入ください。

利用者氏名	
中止理由	
理由発生日	年 月 日

届出者		
氏名		☐ 利用者 ☐ 代理人 続柄 ()
住所		
電話番号		

.....

受付番号	受付日	受付者
—	年 月 日	