（様式 1）

# 吹田市在宅医療廃棄物収集 利用申込書

吹田市長 宛　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="4">申込者</td><td>氏 名</td><td>住 所</td></tr>
<tr><td>(フリガナ)</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td>電 話 番 号</td><td>利用者との関係</td></tr>
<tr><td></td><td>□ 本人 □ 代理人 続柄（　　）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6">利用者</td><td>氏 名</td><td>住 所</td></tr>
<tr><td>□ 申込者と同じ</td><td>□ 申込者と同じ</td></tr>
<tr><td>(フリガナ)</td><td rowspan="2">吹田市</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td>生 年 月 日</td><td>電 話 番 号</td></tr>
<tr><td>□ 大正 □ 昭和<br>□ 平成 □ 令和　　年　　月　　日<br>年齢　（　　）才</td><td>□ 申込者と同じ<br></td></tr>
<tr><td>収集する廃棄物</td><td colspan="2">この収集を受けることができるのは、吹田市内で在宅医療を受けている市民の方です。<br>収集を希望する在宅医療廃棄物に■をしてください。<br>在宅医療廃棄物は、<u>必ず二重袋にして排出</u>してください。<br>（**※注射針はケース付きのものでも収集対象となりません。**）<br>□ 輸液、蓄尿、CAPD、栄養剤バッグ等のビニールバッグ類<br>□ 吸引チューブ、輸液ライン等のチューブ、カテーテル類<br>□ 使い捨てペン型インシュリン注入器、栄養注入器等の注射筒<br>□ その他　（　　）</td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

※ 記入いただいた個人情報につきましては、吹田市在宅医療廃棄物収集の実施に関する目的以外には使用いたしません。