

(様式 1)

吹田市在宅医療廃棄物収集 利用申込書

受付番号

吹田市長 宛

年 月 日

申 込 者	氏名	住所
	(フリガナ)	吹田市
	電話番号	
		本人 ・ 代理人 (続柄:)

利 用 者	氏名	住所
	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ
	(フリガナ)	吹田市
	生年月日	
	大正・昭和・平成	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ
年 月 日 (才)		

収 集 す る 廃 棄 物	<p>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。 収集を希望する在宅医療廃棄物に☑をしてください。 在宅医療廃棄物は、必ず二重袋にして排出してください。 (※注射針はケース付きのものでも収集対象となりません。)</p> <p><input type="checkbox"/> 輸液、蓄尿、CAPD、栄養剤バッグ等のビニールバッグ類</p> <p><input type="checkbox"/> 吸引チューブ、輸液ライン等のチューブ、カテーテル類</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>
---------------------------------	---

備 考	
--------	--

※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。