

(様式 1)

吹田市在宅医療廃棄物収集 利用申込書

記入見本

受付番号

吹田市長 宛

年 月 日

申込者	氏名	住所
	(フリガナ) スイタ センリ	
	吹田 千里	吹田市 泉町1丁目3番40号
	電話番号	利用者との関係
	06-6832-△△□□	本人 ・ 代理人 (続柄: 子)

申込者と利用者が同一の場合は、
□ にチェックを入れてください。

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) シギョウ ハナコ	
	事業 花子	吹田市 津雲台〇丁目△番□号
	生年月日	電話番号
	大正 昭和 平成	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ
	10年4月1日 (81才)	06-6832-〇〇××

収集する廃棄物

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。)

- 輸液、蓄尿、CAPD、栄養剤バッグ等のビニールバッグ類
- 吸引チューブ、輸液ライン等のチューブ、カテーテル類
- 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
- その他 ()

備考

該当するものすべてに
チェックを入れてください。

※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。