

特 別 管 理 産 業 廃 棄 物
管理責任者設置（変更）報告書

年 月 日

東 京 都 知 事 殿

〒

住所

名称

氏名

（法人にあつては名称及び代表者の氏名）

感染性産業廃棄物管理責任者を設置（変更）したので、次のとおり報告します。

病院等事業場の 名称、住所 及び電話番号	<p style="text-align: center;">名称</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">電話 ()</p>
感染性産業廃棄物管理 責任者の氏名等	<p style="text-align: center;">職 名</p> <p style="text-align: center;">(フリガナ)</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>
感染性産業廃棄物管理 責任者の資格証明等 (該当する番号に○)	<p>1 医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師、助産師、看護師、臨床検査技師、衛生検査技師、歯科衛生士：資格証明証の写し</p> <p>2 大学等で医学等課程を修めて卒業した者：卒業証明書等の写し</p> <p>3 講習会修了者：講習会修了証の写し</p> <p style="text-align: center;">修了証番号 : 第 号</p>
<p>・感染性産業廃棄物管理責任者の設置又は変更年月日</p> <p>・記載内容を変更した場合には、変更の内容及び変更理由を記載してください。</p>	<p>1 設置年月日 年 月 日</p> <p>2 変更年月日 年 月 日</p> <p><変更内容></p> <p><変更理由></p>
届け出を行った者	<p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">（法人にあつては名称、部署名及び担当者氏名）</p> <p style="text-align: center;">連絡先電話番号 ()</p>
備 考	

- 備考
- 1 資格証明は、写しをこの報告書に添付してください。
 - 2 名称等の変更で責任者の変更がない場合は、資格証明証の提出は不要です。
 - 3 正副2部提出し、受付印押印後1部を保管してください。

※特別管理産業廃棄物管理責任者を設置後、30日以内に提出してください。

※郵送する場合は、切手を貼付した返信用封筒を同封してください。