

特別管理産業廃棄物
管理責任者設置（変更）報告書

平成 年 月 日

東京都知事殿

〒

住所

名称

氏名

印

（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。

<p>病院等事業場の 名称、住所 及び電話番号</p>	<p>名称 〒 住所 電話 ()</p>
<p>感染性産業廃棄物管理 責任者の氏名等</p>	<p>職名 (フリガナ) 氏名</p>
<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>	<p>1 医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師、助産師、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 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 3 講習会修了者：講習会修了証の写し 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 ・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 平成 年 月 日 2 変更年月日 平成 年 月 日 <変更内容> <変更理由></p>
<p>備 考</p>	

- 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。