

医療廃棄物収集 FAXオーダーシート

受付締切：回収日の前営業日13：00まで ※平日のみ受付
 (13：00以降受信分は翌営業日の受付となりますのでご注意ください)

13：00までの受信分につきましては、当日14：00までに回収・納品日をFAXにてご返信いたします。

記入必須	地区：	(例：滋賀県〇〇市) (例：京都府〇〇市、京都市〇〇区)	
	医院名：	ご担当者：	
	TEL：	-	-
	FAX：	-	-

FAX送信先：050-3153-2116

ご注文内容	回収数	納品数
KTS-1Y 感染性 針ボックス 1L	個	個
KTS-3Y 感染性 針ボックス 3L	個	個
KTS-7Y 感染性 針ボックス 7L	個	個
WM-3Y 感染性 紙容器 3L	個	個
<縦長長方形タイプ> IM-20Y/SM-20Y 感染性 プラスチック容器 20L	個	個
<正方形タイプ> KE-20Y/SE-20Y 感染性 プラスチック容器 20L	個	個
NS-40Y/SE-40Y 感染性 プラスチック容器 40L	個	個
WK-40/TK-40 感染性 段ボール容器 40L	個	個
WM-40 感染性 段ボール容器 40L	個	個
黄袋 廃プラスチック類 40L袋	袋	袋
赤袋 アンプル・ビン類 40L袋	袋	袋
赤袋 石こう 40L袋	袋	袋
青袋 ビン類 40L袋	袋	赤袋に統一の為 赤袋にご記入下さい
緑袋 小型医療機器など 40L袋	袋	袋
リサイクルBOX 雑がみ 段ボール容器 50L	個	個
現像液	個	個
定着液	個	個
感染性廃液	個	個
フィルム (X-レイ、CT、MRI)	箱	
缶 40L袋 (医院様でご用意下さい)	袋	

●上記以外の廃棄物に関するお問い合わせ等ご記入欄 (内容確認後、ご回答させていただきます。)

----- 以下、ご返信用当社使用欄 -----

ご注文ありがとうございます。下記の日程で回収・納品にお伺いいたします。

受付日	回収日 (曜日) 月 日 (月・火・水・木・金)	FAX返信
受付担当		入力