

京都府保健事業協同組合 医療廃棄物事業 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。

FAX送信先：077-553-9004 または 077-553-9220

記入必須	行政区： 京都市→		区 / 京都府→	市
	病院名：			ご担当者：
	TEL：	-	-	
	FAX：	-	-	

ご注文内容	回収数	納品数
3 I C 感染性 プラスチック容器 3 L	個	個
KE-10 感染性 プラスチック容器 1 0 L	個	個
<縦長長方形タイプ> IM-20 容器番号③ 感染性 プラスチック容器 2 0 L	個	個
<正方形タイプ> KE-20 容器番号④ 感染性 プラスチック容器 2 0 L	個	個
NS-40Y 容器番号⑧ 感染性 プラスチック容器 4 0 L	個	個
WK-40 容器番号⑤ 感染性 段ボール容器 4 0 L	個	個
黄袋 廃プラスチック類 4 0 L袋	袋	袋
赤袋 アンブル・ビン類 4 0 L袋	袋	袋
青袋 ビン類 4 0 L袋	袋	赤袋に統一の為 赤袋にご記入下さい
紫袋 (2枚1セット) 石こう 2 0 L袋	セット	セット
緑袋 ※電化製品不可 小型医療器具など 4 0 L袋	袋	袋
リサイクルBOX 雑がみ 段ボール容器 5 0 L	個	個
段ボール ※段ボールのみの回収は別途300円頂戴いたします	束	/
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 4 0 L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)	FAX返信
	月 日 (月・火・水・木・金)	
受付担当		入力