

## 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。**

**FAX送信先：077-553-9004 または 077-553-9220**

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：                    -                    -	

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