

調 査 票

医療廃棄物適正処理推進事業に参加を希望される皆様へ

本事業はFDMメディカル・システムで運営されており、皆様方の基本データをコンピュータ・マスターファイルに登録する必要がありますので、必要項目へのご記入について、ご協力をお願いいたします。

尚、ご回答いただきました諸データは、「東京都環境公社プライバシーポリシー」に基づき、厳重に管理いたします。

公益財団法人 東京都環境公社

貴医院名	フリカナ)		
ご住所	〒		
ご代表者様名	フリカナ)		
ご担当者様名	フリカナ)		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
休診日		診療時間	

当センターから配信する帳票等の通信手段	FAX	メール
---------------------	-----	-----

【契約を希望される廃棄物】

感染性廃棄物	レントゲン廃液		廃プラ類	機密書類
	現像液	定着液		

【契約情報】

収集運搬業者	中間処理業者	地区医師会