

様式 1

## 使用済み注射針回収事業 認定申込書

岩手県薬剤師会事務局 行

申 込 薬 局 名	
申 込 薬 局 住 所	〒
担 当 者 氏 名	
連 絡 先	TEL FAX

※特別管理産業廃棄物回収業者との契約書のコピー添付してください。

注:本事業への申込は、特別管理産業廃棄物回収業者とマニフェストを交わし契約が完了し、医療廃棄物を安全に処理できている会員薬局に限ります。

年 月 日

住 所  
〔法人にあつては、主  
たる事務所の所在地〕

氏 名  
〔法人にあつては、名  
称及び代表者の氏名〕

印