

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契約が完了し、マニフェスト（産業廃棄物管理票）により、医療廃棄物を安全に処理でき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