

医療廃棄物収集 F A X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F A Xにてご返信いたします。

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：
	T E L： - -		
	F A X： - -		

F A X送信先：050-3153-2116

ご注文内容		回収数	納品数
KTS-3Y	感染性 針ボックス 3 L	個	個
KTS-7Y	感染性 針ボックス 7 L	個	個
WM-3Y	感染性 紙容器 3 L	個	個
<縦長長方形タイプ> SM-20Y	感染性 プラスチック容器 2 0 L	個	個
<正方形タイプ> DE-20Y	感染性 プラスチック容器 2 0 L	個	個
<横長長方形タイプ> DE-40Y	感染性 プラスチック容器 4 0 L	個	個
K-40	感染性 段ボール容器 4 0 L	個	個
M-40	感染性 段ボール容器 4 0 L	個	個
M-80	感染性 段ボール容器 8 0 L	個	個
黄袋	廃プラスチック類 4 0 L袋	袋	袋
赤袋	アンプル・ビン類 4 0 L袋	袋	袋
赤袋	石こう 4 0 L袋	袋	袋
緑袋	小型医療機器など 4 0 L袋	袋	袋
リサイクルボックス	雑がみ 段ボール容器 5 0 L	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、C T、M R I）		箱	
缶	4 0 L袋（医院様で透明の袋をご用意下さい）	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