様式 2

使用済み注射針回収事業　変更届

岩手県薬剤師会事務局　行

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局名 |  |
| 申込薬局住所 | 〒 |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先 | TEL FAX |

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 | 変更後 |
|  | （回収事業終了時にはその旨記載のこと） |

※特別管理産業廃棄物回収業者との契約書のコピーを添付してください。

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