

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〕