

東大阪市在宅医療廃棄物収集申請書

（宛先）東大阪市長

<b>【申請者記入欄】</b>		申請日 年 月 日	
		住所 東大阪市	
		ふりがな 氏名	
		電話	
		対象者との関係（本人・続柄： ）	
対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 東大阪市	性別 男・女
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同様	生年月日 年 月 日 ( 歳)
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同様	
収集する廃棄物	<p>この収集を受けることが出来るのは、現在、東大阪市内において在宅医療廃棄物を受けている市民の方です。収集を希望する在宅医療廃棄物に、<input checked="" type="checkbox"/>をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 輸液、蓄尿、CAPD、栄養剤バッグ等のビニールバッグ類  <input type="checkbox"/> 吸引チューブ、輸液ライン等のチューブ、カテーテル類  <input type="checkbox"/> 使い捨てペン型インシュリン注入器、栄養注入器等の注射筒（針以外の部分）  <input type="checkbox"/> 脱脂綿、ガーゼ等  <input type="checkbox"/> ペン型自己注射針（針ケース装着時）  <input type="checkbox"/> その他（ ）</p>		
備考			

**【確認事項】**

- この収集では、収集する廃棄物を職員に直接手渡しにて、排出していただきます。
- この申請書による審査の後、収集する廃棄物の確認や現地状況の調査等のために、環境部担当職員がご本人宅を訪問し、ご本人又は申請者等と面接を行います。
- 収集に際して、廃棄物の内容を確認させていただきますので、ご協力ください。