

特 別 管 理 産 業 廃 棄 物 管理責任者 設置（変更） 報告書

年 月 日

東 京 都 知 事 殿

(排出事業者)

〒 -

住所

名称

氏名

(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

感染性産業廃棄物管理責任者を 設置（変更）したので、次のとおり報告します。

病 院 等 事 業 場 の 名 称 、 住 所 及 び 電 話 番 号	名 称 〒 - 住 所 電 話 ()
感 染 性 産 業 廃 棄 物 管 理 責 任 者 の 氏 名 等	職 名 (フリガナ) 氏 名
感 染 性 産 業 廃 棄 物 管 理 責 任 者 の 資 格 証 明 等 (該当する番号に○)	1 医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師、助産師、看護師、臨床検査技師、衛生検査技師、歯科衛生士：資格証明証の写し 2 大学等で医学等課程を修めて卒業した者：卒業証明書等の写し 3 講習会修了者：講習会修了証の写し 修了証番号 : 第 号
・感染性産業廃棄物 管理責任者の設置 又は変更年月日 ・記載内容を変更した 場合には、変更内容 及び変更理由を 記載してください。	1 設置年月日 年 月 日 2 変更年月日 年 月 日 <変更内容> <変更理由>
届 出 を 行 っ た 者	住 所 氏 名 (法人にあっては名称、部署名及び担当者氏名) 連絡先電話番号 ()
備 考	

※特別管理産業廃棄物管理責任者を設置後30日以内に、資格証明書(写し)とともに提出してください。

※変更報告で管理責任者の変更がない場合は、資格証明証(写し)の提出は不要です。

※都の受付印を押した副本(控え)が必要な場合は、郵送又は窓口で正副2部を提出してください。

(東京共同電子申請・届出サービスによる提出では、副本を返送できません。)

※郵送提出で副本(控え)の返送をご希望の場合は、返信用封筒(切手貼付、宛先記載済み)を同封してください。