

## 記載例

特別管理産業廃棄物  
管理責任者 設置 ~~(変更)~~ 報告書

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

東京都知事 殿

(排出事業者)

〒 163 - 8001

住所 東京都新宿区西新宿 2 - 8 - 1

名称 医療法人財団 東京都環境病院

氏名 理事長 東京 太郎

(法人にあつ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 医療財団法人 東京都環境病院 〒 163 - 8001 住所 東京都新宿区西新宿 2 - 8 - 1 電話 03 ( 1234 ) 5678
感染性産業廃棄物 管理責任者の氏名等	職名 院長 (フリガナ) トキヨウ イチロウ 氏名 東京 一郎
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 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 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 東京都新宿区西新宿 2 - 8 - 1 氏名 医療法人財団 東京都環境病院 事務課 東京 花子 (法人にあつては名称、部署名及び担当者氏名) 連絡先電話番号 03 ( 1234 ) 5678
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。