

# 申込書

FAX送信日 年 月 日

## 医療系廃棄物の収集運搬・処理処分について

○印をご記入ください。

( ) 詳細な内容を聞きたいので、一度訪問してほしい。

(ご担当者 )

訪問希望日 年 月 日 時～ 時

( ) 詳細な内容を聞きたいので、一度電話してほしい。

(ご担当者 )

電話希望日 年 月 日 時～ 時

( ) 契約したいので、一度訪問してほしい。

(ご担当者 )

訪問希望日 年 月 日 時～ 時

### 徳島医師協同組合 事務局 行

ご住所	〒		
医療機関名			
ご氏名			
電話番号		FAX番号	

※この用紙にご記入頂いた内容は、当該業務のみに使用し、他の目的には一切使用いたしません。

FAX送信先 **088-624-6422**