

醫療廢物運載紀錄申請表格

請連同以下文件傳真至任何一間環境保護署顧客服務台:

1. 已填妥的表格
2. 地點編碼卡的副本

傳真後請保留此申請表格，須帶同此表格到環境保護署領取運載紀錄

致: 環境保護署顧客服務台 (請選取顧客服務台地點領取運載紀錄)

<input type="checkbox"/> 稅務大樓辦事處 香港灣仔告士打道5號稅務大樓33樓 電話: 2824 3773 傳真: 2827 8040	<input type="checkbox"/> 區域辦事處 (東) 九龍九龍灣臨樂街19號南豐商業中心5樓 電話: 2755 5518 傳真: 2756 8588	<input type="checkbox"/> 區域辦事處 (東) 九龍長沙灣道303號長沙灣政府合署8樓 電話: 2402 5200 傳真: 2402 8272
<input type="checkbox"/> 區域辦事處 (南) 香港鰂魚涌海灣街1號華懋交貿廣場2樓 電話: 2516 1718 傳真: 2960 1760	<input type="checkbox"/> 區域辦事處 (西) 新界荃灣西樓角路38號荃灣政府合署8樓 電話: 2417 6116 傳真: 2411 3073	<input type="checkbox"/> 區域辦事處 (北) 新界沙田上禾輦路1號沙田政府合署10樓 電話: 2158 5757 傳真: 2685 1133

1 醫療廢物產生者名稱

2 地點編碼 (14位，例: PCXX/XX/XXXXXX)

3 醫護專業人士自行送交醫療廢物 (選其一)

註冊醫生 / 註冊護士 / 登記護士 / 牙醫 / 獸醫 / 註冊或表列中醫*

4 聯絡電話

5 首選領取運載紀錄的日期及時間 (遞交申請表後最少三個工作天)

6 領取運載紀錄人員姓名

(主管人員簽署及公司印鑑)

(主管人員姓名)

備註:

1. 一份申請表格一般會分發10張空白運載紀錄
2. 首選領取運載紀錄的日期及時間僅供參考。環境保護署會先驗證申請，並盡快聯絡醫療廢物生產者

此欄不用填寫，內部使用

負責職員

姓名 _____ 職位() _____

聯絡電話

申請結果

接受/拒絕/轉交總區辦事處(選其一)

實際分發醫療廢物運載紀錄數量
