

秘 産業廃棄物実態調査 調査票

病院・診療所等

※基本的に、太線で囲まれた内容については全て御回答ください。

事業所の概要	
事業所名	
所在地	
代表者名	
従業員数	()人
本店・支店の別	本店 支店 工場等 その他()

あなたの事業所の概要と記入者についてお聞きします。

代表者名、従業員数については平成30年4月1日現在のものを御記入ください。

本店・支店の別がある場合には該当するところに○を付けてください。

なお、従業員数については本店や支店を含めず、当該事業所のみの人数を御記入ください。

記入者については、提出後お電話にて内容の確認を行う場合がありますので必ず御記入ください。メールアドレスについてはあれば御記入ください。

記入者	
氏名	
所属部署	
電話番号	
メールアドレス	

設問1 平成30年度の1年間におけるあなたの事業所の病床数(ベッド数)を記入してください。病床がない場合は0を記入してください。

病床数				
				床

設問2 平成30年度の1年間においてあなたの事業所から排出された『産業廃棄物』及び処理の方法について該当するほうに○を付けてください。なお、回答後は矢印の内容に従ってください。『別紙 産業廃棄物の種類』を御覧の上、該当するものについてお答えください。

平成30年度(平成30年4月～平成31年3月末)の間に産業廃棄物の排出はありましたか？

有り 無し ⇨ 様式③のみを御記入ください。

↓

排出された産業廃棄物を自社で処理(焼却、破碎、埋立など)しましたか？

有り 無し ⇨ 様式②、③を御記入ください。

↓

設問3以降にお答えの上、様式②、③を御記入ください。

設問3 あなたの事業所に設置されている中間処理施設、最終処分場等について以下の事項を御記入ください。

中間処理施設、最終処分場の概要					
通し番号	(例)	施設①	施設②	施設③	施設④
廃棄物の種類	廃プラスチック類				
処理方法コード (その他の場合)	08 () () () () ()				
平均処理量	10kg/日				
処理能力	1トン/日				
処理量の合計	2トン				

処理方法コードについては『別紙②コード一覧表 III 処理コード表』を参照の上、該当する2桁のコード番号を記入してください。その他『9』を記入した場合は詳細について()内に記入してください。処理能力については当該施設の処理能力に単位(トン/日、kg/時、m³/日など)をつけて記入してください。処理量の合計については平成30年度中に処理した量の合計について単位(トン、kg、m³など)をつけて記入してください。