回収品の廃棄完了報告書

令和　　年　　月　　日

埼玉県保健医療部薬務課長　様

住所

氏名　　　　　　　　　　　印

令和　　年　　月　　日、埼玉県知事あてに回収終了報告をし、令和　　年　　月　　日、埼玉県保健医療部薬務課薬事監視員による回収品の確認を受けた当社製造販売の医薬品・医薬部外品・化粧品・医療機器「販売名」について、廃棄が完了したので報告します。

１　回収を行った者の氏名及び住所

（法人にあっては名称及び代表者氏名、総括製造販売責任者がその業務を行う事務所の所在地）

（１）氏名： ○○○○　 株式会社

 　　 代表取締役社長

（２）住所：

２　回収品の製造所又は営業所の名称及び所在地

（１）製造所（営業所）の名称

（２）製造所（営業所）の所在地

（回収品の保管場所が１，２と異なる場合は、保管場所の名称及び所在地も記載する。）

３　回収品名称及び廃棄数量

４　廃棄処分内容

1. 運搬受託業者

名称

所在地

電話番号

産業廃棄物収集運搬業許可番号

1. 処分受託業者

名称

所在地

電話番号

産業廃棄物処分業者許可番号

５　廃棄処分の方法

６　最終処分日

（添付書類）

1. 廃棄品関係写真（積み込み、廃棄処分状況等）
2. 産業廃棄物管理票（ＤもしくはＥ票）