

의료기관세탁물 처리실적보고서

의료기관	명 칭		연락처	(전화번호) (팩스번호) (전자우편)
	주 소			
	담당부서		담당자 성명	

() 년도 의료기관세탁물 처리실적 내역

세탁물의 종류	세탁물 발생량(kg)	세탁물 처리량(kg)		비고
		자체 처리량	위탁 처리량	
계				
침구류				
의류				
기타				

「의료기관세탁물 관리규칙」 제9조에 따라 의료기관세탁물 처리실적을 위와 같이 보고합니다.

년 월 일

의료기관명:

의료기관장:

(서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하