

附件 4

医疗卫生机构产生的可回收输液瓶（袋） 回收利用工作交接单

() 年

医疗卫生机构名称：(盖章)

回收单位名称：(盖章)

利用单位名称：(盖章)

塑料输液瓶 (袋)(千克)	玻璃输液瓶 (千克)	医疗卫生机构、回收单位交接			回收单位、利用单位交接			备注
		交接 时间	医疗卫生 机构交接人 签名	回收单位 交接人 签名	交接 时间	回收单位 交接人 签名	利用单位 交接人 签名	

注：1. 此表为基本样式，各区可结合实际细化相关内容；

2. 此表一式三份，医疗卫生机构、回收单位、利用单位各执一份，同时报送对应区卫生健康部门、区商务部门、区工信部门各一份，交接时要同时核对、清晰填写并签名；

3. 此表填报的数据保存两年备查