หลักฐานการส่งทำลายขยะติดเชื้อ

ชื่อสถานพยาบาล..... .....

ที่ตั้ง ....

วัน เดือน ปี	ปริมาณขยะ (กิโลกรัม)	หน่วยงาน หรือ บริษัทผู้รับขยะ	ชื่อผู้รับ	ชื่อผู้ส่ง