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、区工信部门各备份一份，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。