

## نموذج طلب التخلص من النفايات الطبية

			الكلية	الجهة المستفيدة
			القسم	
			رقم التواصل	
			التاريخ / / ١٤	
			المبنى	موقع النفايات
			الدور	
			رقم المعمل	
عدد الاكياس	عدد الحاويات	تحديد نوع النفايات	نوع النفايات وعددتها	معلومات النفايات
		<input type="checkbox"/> مكروبيه "معدية"		
		<input type="checkbox"/> نفايات حادة "محاقن / مشارط"		
		<input type="checkbox"/> أجراء وبقايا أعضاء "دم/انسجة"		
		<input type="checkbox"/> نفايات أدوية		
			الاسم	بيانات الفنية او الباحثة
			رقم التواصل	
			التاريخ / / ١٤	
			التوقيع	
	التوقيع		وكلية القسم	الاعتماد
	التوقيع		وكلية الكلية	