**附件9： 特殊废弃物复核身份证明表**

|  |  |
| --- | --- |
| 所用化学药品、反应试剂名称 | 数量 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

反应可能产生的有害物质：

其它特别有害物：

注意事项：

废弃物制造者姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 房间号：\_\_\_\_\_\_\_\_

负责人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_