

診療用放射性同位元素等廃止後の措置の届

(あて先)
広島市保健所長

管理者住所 _____
(電話)

氏名 _____

次のとおり 診療用放射性同位元素 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素 の廃止後の措置を講じました。

病院又は診療所	名 称			
	所 在 地	広島市	区	
廃止した診療用放射性同位元素等に関する事項	種 類	<input type="checkbox"/> 診療用放射性同位元素 <input type="checkbox"/> 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素		
	放射性同位元素の種類			
	廃止届提出年月日	年	月	日
放射性同位元素による汚染除去の概要				
線源及び放射性同位元素によって汚染された物の譲渡又は廃棄の概要				
担当者所属・氏名等		(電話)		

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します。(承諾されない方はお申し出ください。)

(添付書類)
汚染除去後の表面汚染密度測定結果(測定日時、測定器、測定者職氏名、測定値、所見等を記載したもの。)

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	特記事項		
	(受付)	(伺い)	
	係	係	係長