年　　月　　日

診療用放射性同位元素等翌年使用予定届

（あて先）

　　　広島市保健所長

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者住所 |  |
|  | (電話) |
| 氏名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり翌年において | 診療用放射性同位元素使用器具 | の使用を予定します。 |
| 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院又は診療所 | 名称 |  |
| 所在地 | 広島市　　　　　区 |
| (電話)　　　　　　　　　　(FAX)　　　　　　　　　(E-mail) |
| 翌年において使用を予定する診療用放射性同位元素使用器具・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に関する事項 | 放射性同位元素の種類 |  |
| 形状 |  |
| 数量（Bq） |  |
| 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。）