

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
診療用放射性同位元素 の使用を予定します。
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	
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。)

◎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 課長