

# 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 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 (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・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	専門員	係	係長	課長