年　　月　　日

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 | の廃止後の措置を講じました。 |
| 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) | | |
| 廃止した診療用放射性同位元素等に関する事項 | 種類 | □ 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 | | |
| 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。）