様式第２９号

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）設置届

（Ａ４判）

年　月　日

（あて先）秋 田 県 知 事

管理者　住　所
氏　名

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）の設置について（届出）

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）を設置したいので、医療法第１５条第３項の規定により、次のとおり届け出ます。

１　病院又は診療所の名称及び所在地

２　その年に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）の種類、形状及びベクレル単位をもつて表した数量

３　ベクレル単位をもつて表した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）の種類ごとの最大貯蔵予定数量、１日の最大使用予定数量及び３月間の最大使用予定数量

４　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~~使用室、貯蔵施設、運搬容器及び廃棄施設並びに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）により治療を受けている患者を入院させる病室の放射線障害の防止に関する構造設備及び予防措置の概要

５　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）を使用する医師、歯科医師又は診療放射線技師の氏名及び放射線診療に関する経歴

６　設置予定年月日

備考

１　この様式は、病院（診療所）へ初めて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）を設置する場合に使用してください。

２ 様式第 29 号別紙８を添付してください。