

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使用器具の設置について (届出)

診療用放射性同位元素使用器具を設置したいので、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使用器具の使用室、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使用器具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使用器具を使用する医師、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

【文書作成責任者等の連絡先】

(住 所)

(責任者または担当者名)

(連絡先) 電話番号：

メールアドレス：

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使用器具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。