

漏洩線量測定申込書

以下のとおり、漏洩線量測定を申し込みます。

申込日	令和 年 月 日			
見積書の有無	必要 ・ 不要			
ふりがな				
施設名				
住所	〒 ー			
連絡先	TEL		FAX	
	E-mail	@		
申込者	役職名：			
	氏名：	Ⓜ		
測定希望日	第1希望	令和 年 月		
	第2希望	令和 年 月		
測定部屋数	部屋			
測定装置の詳細	部屋数	1 部屋目	2 部屋目	3 部屋目
	室名			
	種類	撮影・透視・CT・ その他()	撮影・透視・CT・ その他()	撮影・透視・CT・ その他()
	管球数			

*線量測定の内容

1. RI施設を除く、一般撮影室・透視室・血管造影室・CT室などを対象とします。
2. 撮影室内の散乱線分布、室外漏洩線量の測定を行います。

*測定料金（振込料別）

1. 料金は1部屋 30,000円。1部屋増す毎に 20,000円を加算。
2. 測定料金以外に、交通費等の実費。

*測定日の調整

1. 担当者から連絡をさせていただきます。

【お申し込み先】

一般社団法人 島根県診療放射線技師会 放射線管理委員会
〒690-0823 島根県松江市松江市西川津町 594-6
E-mail : officesart@fuga.ocn.ne.jp