

放射線漏洩線量測定依頼書

株式会社メディカルエキスパート
〒462-0045
愛知県名古屋市中区敷島町41-3 MYビル1F
TEL:052-875-8530 FAX:052-875-8510

【依頼内容】

- 漏えい線量測定
 エックス線装置更新に伴う法令書類の作成
 病院・医院など開設に伴うエックス線装置新規設置に関する法令書類の作成

【測定希望】

第一希望: _____ 月 _____ 日

第二希望: _____ 月 _____ 日

第三希望: _____ 月 _____ 日

いつでも可

【エックス線装置一覧】

部屋名: _____

製造メーカー: _____ 機種名: _____

- 【エックス線装置の種類】 CT TV寝台 歯科用パノラマ
 血管造影(アンギオ) 一般撮影 歯科用デンタル
 骨塩定量

【エックス線管球の数】: _____ 管球

【得意先情報】

病院・医院名: _____

所在地: _____

電話番号: _____

担当者情報

会社名: _____

連絡先: _____

ご担当者様: _____

【備考】

本「放射線漏えい線量測定依頼書」は依頼する
部屋単位でご記入ください。

内容をご確認頂き、下記番号までFAXをお願い致します。

FAX:052-875-8510