

診療用エックス線装置等備付廃止届

年 月 日

いわき市長 様

住所

届出者 氏名



電話番号

注意 □のある欄は、該当する箇所に✓印を付けてください。

施設	名称	
	所在地	電話番号
備付廃止した診療用エックス線装置等	区分	<input type="checkbox"/> 診療用エックス線装置 <input type="checkbox"/> 診療用高エネルギー放射線発生装置 <input type="checkbox"/> 診療用放射線照射装置 <input type="checkbox"/> 診療用放射線照射器具 <input type="checkbox"/> 放射性同位元素装備診療機器 <input type="checkbox"/> 診療用放射性同位元素 <input type="checkbox"/> 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素
	製作者名	
	型式又は形状	
	放射線源の数量	B q
	廃止した理由	
	廃止年月日	年 月 日
	廃止後の処分方法	
診療用エックス線装置等備付廃止後の使用室等の用途		