

様式第19号の2（第2条関係）

診療用粒子線照射装置設置届出書

年 月 日

（あて先）静岡市保健所長

住 所〔法人にあつては、その主
たる事務所の所在地〕
設置者
氏 名〔法人にあつては、その名
称及び代表者の職、氏名〕
電 話

次のとおり診療用粒子線照射装置を設置したいので、医療法第15条第3項及び医療法施行規則第25条の2の規定において準用する同規則第25条の規定により届け出ます。

| | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|------------|----|-----------|
| 病院又は診療所の名称及び所在地 | | | | |
| 診療用粒子線照射装置 | | 製作者名 | 型式 | 台数 |
| 診療用粒子線照射装置の定格出力 | | | | |
| 診療用粒子線照射装置の放射線障害の防止に関する構造設備の概要 | 照射管容器の漏えい放射線の遮へい措置 | 有 | ・ | 無 |
| | 照射終了直後の不要放射線の防護措置 | 有 | ・ | 無 |
| | 放射線照射時の自動表示装置 | 有 | ・ | 無 |
| | 出入口開放時の放射線の照射を遮断するインターロック | 有 | ・ | 無 |
| 診療用粒子線照射装置使用室の放射線障害の防止に関する構造設備の概要 | 天井、床及び周囲の画壁の遮へい措置 | 有 | ・ | 無 (理由) |
| | 出入口の数 | 通常 の出入口 | | 箇所 |
| | 放射線照射時の自動表示装置 | 有 | ・ | 無 |
| | 使用室の標識 | 有 | ・ | 無 |

| | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|------|--------------------|-------------|-----------|
| 診療用粒子線照射装置使用室の放射線障害の防止に関する予防措置の概要 | 注意事項の掲示 | | 有 | ・ | 無 |
| | 管理区域の設定 | | 有 | ・ | 無 |
| | 管理区域の標識 | | 有 | ・ | 無 |
| | 管理区域内の立入りの制限措置 | | 有 | ・ | 無 |
| | 敷地内居住区域及び敷地の境界における線量を限度以下とする措置 | | 有 | ・ | 無 |
| | 入院患者の被ばく防止措置 | | 有 | ・ | 無 |
| | 放射線診療従事者等の被ばく防止措置 | | 有 | ・ | 無 |
| | 放射線診療従事者等の被ばく線量測定器 | | 有 | ・ | 無 (理由) |
| 診療用粒子線照射装置を使用する者の氏名等 | 氏名 | 免許番号 | 医師、歯科医師又は診療放射線技師の別 | 放射線診療に関する経歴 | |
| | | | | | |
| 予定使用開始年月日 | | | 年 | 月 | 日 |