

「ドーズコレクタ測定サービス」お申込み書

※下記へゴム印の押印又はご記入下さい。

医院名				印
住所	〒 -			
管理者名			ご担当者名	
TEL			FAX	

※下記へチェック及びご記入下さい。

○測定開始ご希望日 (月 日から測定開始希望)

(メーカーの都合が良い)

○測定周期 (法令通り半年に1度の定期測定希望 : 月 月)

(その他:(例:今回1回のみ))

※ドーズコレクタ測定サービスのお申込みの際には、必ず本用紙へのご記入とX線室の平面図 (X線室とその周辺の様子が判別できるもの)を同送下さいますよう、お願い致します。

●ご記入戴きました住所・氏名などの個人情報、お客様の断り無く、本業務遂行以外の目的では使用致しません。

「STC TLDバッジ測定サービス」お申込み書

※下記へゴム印の押印又はご記入下さい。(ドーズコレクタ測定サービスも一緒にお申込みの場合は、下記のご記入は不要です。)

医院名				印
住所	〒 -			
管理者名			ご担当者名	
TEL			FAX	

※下記へチェック及びご記入下さい。

測定契約期間	1ヶ年 / 平成 年 月 1日 ~ 平成 年 月 末日まで			
測定周期	<input type="checkbox"/> 月1回	<input type="checkbox"/> 月2回	※基本周期は「月1回」となります。	

着用者氏名 フリガナ	生年月日	職種	性別	累積線量		プロテクタの着用 (注1)
				過去	前年度	
			男・女			<input type="checkbox"/> 有
			男・女			<input type="checkbox"/> 有
			男・女			<input type="checkbox"/> 有
			男・女			<input type="checkbox"/> 有

- 注1) プロテクタ着用欄に「有」とご記入戴いた方は、「不均等被ばく測定」となるためバッジが2ヶ必要になり、金額も2名分となりますのでご注意下さい。
- 注2) TLDバッジ返送料は、メーカーで負担致します。但し、バッジはご契約期間中、メーカーからのレンタル品となりますので、紛失・破損された場合は、実費をお申し受けます。また、契約中止の節はメーカーまで速やかにご返送下さい。
- 注3) 上記「累積線量」欄にご記入無き場合は、着用開始日より当該年度の累積を致します。
- 注4) 結果報告書の紛失などによる報告書再発行は、有償とさせていただきます。
- 注5) 提供された個人情報は、「個人被ばく線量測定サービス」の提供のみを目的として利用いたします。
- 注6) 本人の個人情報(氏名・生年月日・性別・職種)は、各医療機関が本人から直接取得した後に、医師協同組合および日本空調サービス株式会社を経由して、測定サービス機関に提供されます。この取り扱いにつきまして、着用者に同意を得たうえでお申し込みください。

✓を入れてください。 ↓
個人情報の取扱いについて 着用者の同意を得ました。