

治療用照射装置の出力線量測定 申込書

公益財団法人医用原子力技術研究振興財団 殿 申込日：西暦 年 月 日

1. 施設情報

施設名(病院名)					
住所	〒 ー				
施設長	役職名	:	氏名	:	印
放射線治療責任者	所属	:	氏名	:	印
品質管理担当者 <small>測定内容等がわかる方の氏名等を記入して下さい</small>	所属	:	氏名	:	
	電話	:			
	E-mail	:			
請求書送付先 <small>未記入の場合は品質管理担当者へ送付致します</small>	企業名	:			
	所属	:	氏名	:	電話
	住所	:	〒 ー		
請求書宛名	指定しない(病院名) その他 ()				

※請求書送付先に仲介者を指定する場合は、2ページ目の「支払い業務委託証明書」をご準備下さい。

※結果報告書は施設長宛てに送付致します。

2. 照射装置(加速器)

製造業者	型式	製造番号

3. 測定内容

①X線条件											
Energy	校正条件 (必須選択)	校正条件以外の項目(任意選択)									
		照射野条件(cm ²)				ウェッジ条件(°)				条件数	条件数小計①
		5x5	15x15	20x20	25x25	15	30	45	60		
	MV										
	MV										
	MV										
	MV										
	MV										
②電子線条件 校正深d_cはcm単位で小数点第二位を四捨五入し、小数点第一位までを記入して下さい。											
Energy		校正深 d _c		Energy		校正深 d _c		条件数小計②			
	MeV		cm		MeV		cm				
	MeV		cm		MeV		cm				
	MeV		cm		MeV		cm				
	MeV		cm		MeV		cm				
条件数の合計 ;								条件			

財団
記入欄

受付日
受付番号
発送日

4. 連絡欄

--

測定料金支払い委託証明書

西暦 年 月 日

〒103-0001 東京都中央区日本橋小伝馬町7-16

公益財団法人 医用原子力技術研究振興財団 殿

貴団体に依頼した出力測定業務の測定料金について、受託者が支払いを立て替えることを証明します。

委託者名

委託者の所在地

所属・部署

担当者氏名

印

受託者名

受託者の所在地

所属・部署

担当者氏名

印

財団
記入欄

受付日

受付番号

発送日