

茨城県知事 殿

住 所
開設者名
代表者名
T E L
メールアドレス

乳房超音波検査装置及び関連機器変更届

下記のとおり、変更の届出をします。(変更部分を記入願います。)

装置設置施設名		代表者名	
住 所	(〒)		
製造会社名		代表者名	
住 所	(〒)		
納入会社名		代表者名	
住 所	(〒)		
機器の名称		検診方法	車 載 ・ 施 設
装置の整備方法	新規(購入・リース)・更新(購入・リース)・中古(購入・リース)		
受領検査年月日	年 月 日		
受領検査担当者	職 名	氏 名	
納入会社担当者	職 名	氏 名	
	装置機器名	製造会社名	方式・性能 製造番号
乳 房 用 プ ロ ー ブ			電子スキャナ アニュアレイメカニカルスキャナ (周波数帯域 MHz ~ MHz)
画像記録装置			静止画 ・ 動画

検 診 車	車体メーカー名		代表者名	
	車台メーカー名		代表者名	
車 台 型 式		車 台 番 号		
発 電 器 型 式		出 力		kW

【本書に関する照会先】

部署名 :
担当者名 :