

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

乳房エックス線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 ・ 更新 ・ 中古購入					
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	型 式 名	製造番号	製造年月		
高電圧発生装置						
X線制御装置						
X線管装置						
X線用グリット						

注：製造年月は更新及び中古購入時のみ記入する。

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						
使用自動現像機						
X 線 発 生 装 置 容 量	最高管電圧	kV	コンデンサー容量	$\mu F$		
	最大管電流	mA	総 濾 過	mm Al 以上		
廃止年月日	年 月 日	譲渡先会社名			氏 名	

【本書に関する照会先】

部署名：
担当者名：