**第30号様式**（第10条関係）

年　　月　　日

高知県知事　様

届出者（管理者）　住所

氏名　　　　　　　　　　　　㊞

病院（診療所）診療用放射性同位元素（陽電子断層撮影診療用放射性同位元素）設置届出書

病院又は診療所に診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を備えますので、医療法第15条第３項及び医療法施行規則第28条第１項の規定により下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

記

１　病院又は診療所の開設者の住所及び氏名（法人の場合は、主たる事務所の所在地及び名称）

２　病院又は診療所の名称

３　病院又は診療所の所在の場所及び電話番号

４　その年に使用を予定する診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の種類、形状及びベクレル単位をもって表した数量

（別紙のとおり）

５　ベクレル単位をもって表した診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の種類ごとの最大貯蔵予定数量、１日の最大使用予定数量及び３月間の最大使用予定数量

（別紙のとおり）

６　診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室、貯蔵施設、運搬容器及び廃棄施設並びに診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素により治療を受けている患者を入院させる病室の放射線障害の防止に関する構造設備及び予防措置の概要

（別紙のとおり）

７　診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用する医師又は歯科医師の氏名、生年月日及び放射線診療に関する経歴（免許登録年月日及び免許登録番号を含みます。）

（別紙のとおり）

８　予定使用開始時期

９　その他必要な事項

注　１　４欄から７欄までについては、別紙に記載して添えても構いません。

２　医療法及び医療法施行規則に規定する構造設備の基準に適合していることを確認することができる図面、書類等を添えてください。