**第45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）廃止後措置届出書

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なくなりましたので、医療法施行規則第30条の24に規定する廃止後の措置について医療法第15条第３項及び同令第29条第３項の規定により下記のとおり届け出ます。

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　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設置の届出年月日及び使用開始年月日

５　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なくなった年月日

６　医療法施行規則第30条の24第１号に掲げる措置の概要（汚染の除去後の測定結果を添えてください。）

７　医療法施行規則第30条の24第２号に掲げる措置の概要（汚染された物を譲渡したときは、譲渡先の受領書の写しを添えてください。）

８　その他必要な事項

注　１　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なくなった日から30日以内に届け出てください。

２　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係る線源を譲渡したときは、譲渡先の受領書の写しを添えてください。