年　　月　　日

　　　高知県知事　様

届出者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称

及び代表者の職・氏名

電話番号

検体検査用放射性同位元素変更届

検体検査用放射性同位元素に関する届出事項を変更するので、臨床検査技師等に関する法律施行規則第17条の２第３項の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 衛生検査所の名称及び所在地 | |  |
| 変更しようとする事項 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 変更しようとする理由 | |  |
| 変更する年月日 | |  |

注　１　構造設備及び予防措置の変更の場合は、隣接、上階及び下階の室名並びに周囲の状況を明記した検体検査放射性同位元素使用施設（使用室、貯蔵施設及び廃棄施設）の平面図及び側面図を添えてください。

２　使用室及び貯蔵施設の図面は、各室ごとに放射線源の中心から天井、床及び周囲の隔壁の外側までの距離（メートル）並びに防護物の材料、厚さ及び表面の仕上げ材料を記入した50分の１の縮図としてください。

３　給水及び排水並びに給気及び排気の系統を示す廃棄施設の図面を添えてください。

４　管理区域を設けた場合は、その区域、標識、注意事項、出入口等の位置を使用施設の図面中に赤で記入してください。