様式第26

**診療用放射性同位元素・陽電子断層撮影診療用**

**放射性同位元素翌年使用予定届**

年 　　 月 　　 日

（あて先）

　一宮市保健所長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院（診療所） | 所在地 |  |
|  | 名　称 |  |
|  | 管理者氏名 |  |

　下記のとおり、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を使用する予定です。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 翌年に使用を予定する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に関する事項 | 放射性同位元素の種類 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 放射性同位元素の形状 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年間使用予定数量（ベクレル） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |