ＭＲＩ装置設置届

令和　　年　　月　　日

神奈川県小田原保健福祉事務所長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 住所 |  |
| 管理者 | 氏名 |  |
|  | 電話 | (　　　　)　　－　　　　 |

次のとおりＭＲＩ装置を設置したので、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 区　　　分 | 新規・更新・移設・その他（　　　　　　　　） |
| 病　院・診療所 | 名　称 |  | 病床 | 有（　　　床）・無 |
| 所在地 |  | 電話 | (　　　　)　　－　　　　 |
| ＭＲＩ装置 | 製作者名 |  |
| 型式 |  |
| 台数 |  |
| 出力 |  |
| 用途 |  |
| 使用検査室名 |  |
| ＭＲＩ装置及びＭＲＩ検査室の構造設備及び予防措置の概要 | 別紙のとおり |
| 及び臨床検査技師　他診療放射線技師、診療Ｘ線技師、検査に従事する医師、歯科医師、 | 氏　名 | 生年月日 | 職　種 | ＭＲＩ検査に関する経歴及び免許番号 |
|  |  |  |  |
| ＭＲＩ装置の設置年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

※　添付書類

１　配置図　図中に標識（使用中と磁場発生中等）、注意事項の掲示場所を記入

２　平面図

３　側面図

４　磁場測定結果

５　電波測定結果

６　使用に関する注意事項

７　高周波利用設備許可書（写し）