

茨城県知事 殿

住 所
名 称
代表者名
T E L
メールアドレス

胃集団検診用エックス線装置及び関連機器変更届

下記のとおり、変更の届出をします。(変更部分を記入願います)

装置設置施設名		代表者名	
住 所 (〒)			
製造会社名		代表者名	
住 所 (〒)			
納入会社名		代表者名	
住 所 (〒)			
検診車	車台メーカー名	代表者名	
	車体メーカー名	代表者名	
機器の種類	検査方法		車 ・ 施設
取引検査年月日	年 月 日		
購入装置の種類	新 規 ・ 更 新 ・ 中古購入		
施設担当者(取引検査)	職名	氏名	
施設担当者()	職名	氏名	
	装置機器名	形 式 名	製 造 番 号
	製造年月日		
高電圧発生装置			
X線制御装置			
X線管装置			
透視撮影台			
X線TV			
撮像管			
I.I.管装置			
スポットカメラ			
ミラーカメラ			
蛍光板			
X線用グリット			

注：製造年月日は更新及び中古購入時のみ記入する。

車台型式					
車体型式					
発電機型式					
使用自動現像機					
X線発生装置容量	最高管電圧	kV	コンデンサー容量	μ F	
	最大管電流	mA	総濾過	mm Al 以上	
廃止年月日	年 月 日	譲渡先会社名		氏 名	

【本申請書に関する照会先】

部署名：

担当者名：