

진단용 방사선 발생장치의 [] 설치 및 사용
[] 양도 신고증명서
[] 이전
[] 사용 중지

(앞쪽)

신고인	의료기관 명칭	요양기관기호
	소재지 (전화번호/팩스번호:)	
	개설자 성명	개설자 생년월일
	개설자 전자우편	
	안전관리책임자 성명	안전관리책임자 생년월일
	안전관리책임자 전자우편	
인수인	기관(업체) 명칭	사업자등록번호
	소재지 (전화번호/팩스번호:)	
	대표자 성명	생년월일
	전자우편	

신고 대상 장치의 내용

장비 명칭	형식 및 모델			검사 연월일	제조 번호	제조 년월일	제조사	제조국	장비 번호	허가 (신고) 번호	의료장비 바코드
	X-선 튜브	제어장치	고전압 발생장치								

「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제3조제1항에 따라 위와 같이 신고하였음을 증명합니다.

년 월 일

시장·군수·구청장

직인

[illegible]