

《X線室線量測定商品》《個人被ばく線量測定商品》専用注文書

注文先 福井県医師協同組合理行 FAX:0776-21-7812

X線室線量測定商品 専用注文書

※下記項目にチェックをお願いします。
尚、必ず貴医療機関の平面図(X線室とその周辺状況が分かる資料)を送付して下さい。

組合員価格

1室 6箇所測定 18,000 円
(税込)

2室12箇所測定 30,000 円
(税込)

※ 半年に1度の価格になります

- 測定開始ご希望日 (月 日から測定開始希望)
 (メーカーの都合が良い)
- 測定周期 (法令通り半年に1度の定期測定希望 : 月 月)
 (その他:)

個人被ばく線量測定商品 専用注文書

※下記項目にチェックをお願いします。

組合員価格

契約者1名あたり 10,000円/年間(税込)

※月1回測定、均等被ばく測定。

測定契約期間	1ヶ年／平成 年 月 日より平成 年 月 日まで
測定周期	<input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> 月2回

着用者氏名	生年月日	性別	職種	プロテクタの着用	累積線量
				有 無	
				有 無	
				有 無	
				有 無	

- フィルムパッジケースはご契約期間中メーカーからの貸与となりますので、故意の紛失／破損の場合は実費をお申し受けます。
 ○上記プロテクタを有にチェックされたプロテクタ常時着用の方は、1人あたりパッジが2ヶ必要となりますのでご注意下さい。
 ○上記累積線量の項目にご記載無き場合は着用開始日より当該年度の累積をさせて戴きます。
 ○結果書の紛失などによる再発行は、有償とさせていただきます。

ご住所	〒	組合員コード	
医療機関名		担当者	
電話 FAXNo.		備考	

※ご記入頂きました内容に関する個人情報、他の目的には一切使用いたしません。

商品のお問合せ先: 福井県医師協同組合 TEL:0776-24-0367