

【変更前】

エックス線装置の製作者名及び型式				
診 療 室 名	製 作 者 名	型 式	定格出力	用 途

【変更後】

エックス線装置の製作者名及び型式				
診 療 室 名	製 作 者 名	型 式	定格出力	用 途

注1 エックス線装置全体の概略がわかるように記入すること。

なお、個々の装置の追加又は変更があった場合についても、装置全体を記入すること。

- 2 エックス線診療室内に複数のエックス線装置を備え付けた場合、装置ごとに届出が必要である。
なお、この場合、エックス線装置の使用条件等を具体的に記載し、2台以上の装置から患者に同時照射できないようにする装置を設けること。

【変更前】

エックス線診療に従事する医師、歯科医師、診療放射線技師又は 診療エックス線技師の氏名及びエックス線診療に関する経歴		
職 種	氏 名 (生年月日)	経 歴
	(年 月 日生)	免許取得年月日： 年 月 日号 免許証番号：第
	(年 月 日生)	免許取得年月日： 年 月 日号 免許証番号：第
	(年 月 日生)	免許取得年月日： 年 月 日号 免許証番号：第
	(年 月 日生)	免許取得年月日： 年 月 日号 免許証番号：第
	(年 月 日生)	免許取得年月日： 年 月 日号 免許証番号：第

【変更後】

エックス線診療に従事する医師、歯科医師、診療放射線技師又は 診療エックス線技師の氏名及びエックス線診療に関する経歴		
職 種	氏 名 (生年月日)	経 歴
	(年 月 日生)	免許取得年月日： 年 月 日号 免許証番号：第
	(年 月 日生)	免許取得年月日： 年 月 日号 免許証番号：第
	(年 月 日生)	免許取得年月日： 年 月 日号 免許証番号：第
	(年 月 日生)	免許取得年月日： 年 月 日号 免許証番号：第
	(年 月 日生)	免許取得年月日： 年 月 日号 免許証番号：第