

M R 装 置 設 置 届

年 月 日					
(あて先) 横須賀市長					
住所					
届出者 氏名					
電話					
区 分		新規・更新・移設・その他 ()			
病院 又は 診療所	名称		病床	有 (床) ・無	
	所在地		電話		
M R 装 置	製 作 者 名				
	型 式				
	台 数				
	静 磁 場 強 度				
	用 途				
	使 用 診 療 室 名				
M R 装 置 を 使 用 す る 医 師、	事 者	氏 名	生 年 月 日	職 種	放射線診療に関する経歴及び免許番号
	歯科 医師 又は その 他 の 従				
使用開始予定年月日					

添付書類

1. 配置図、図中に注意標識（使用中と磁場発生中等）及び注意事項の掲示場所を記入
2. 平面図
3. 立面図
4. 磁場測定図
5. 使用に関する注意事項
6. その他