

茨城県知事 殿

住 所
名 称
代 表 者 名
T E L
メールアドレス

胸部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						
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	μF	
	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：

茨城県知事 殿

住 所
名 称
代 表 者 名
T E L
メールアドレス

胸部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					
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	X線装置 定格出力	管電圧	kV	コンデンサー容量	μF
		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：