

個人放射線被ばく線量測定サービス申込書

印 紙
200円

申込年月日 2021 年 3 月 20 日

※収入印紙を貼り、割印を押印してください

お申込先	フリガナ	チヨダイイン	ホウシャセンカ	
	千代田医院 放射線科			
	フリガナ	トウキョウト	ブンキョウク ユシマ	
	〒113-8681 東京都文京区湯島			
ご住所	フリガナ	チヨダオチャノミズビル		
	1-7-12 千代田御茶の水ビル			
	フリガナ	チヨダ タロウ	電話	03-3252-2390
	千代田 太郎		FAX	03-5297-3887
ご請求先	フリガナ	チヨダイイン	ケイリカ	
	千代田医院 経理課			
	フリガナ	同上	都・道 府・県	市・区 町・村
	同上			
担当者	フリガナ	チヨダ ハナコ	電話	03-3816-5210
	千代田 花子		FAX	

申込期間	西暦2021年4月1日から1年間	お申込人数	3人	
ご使用周期	1ヵ月	お支払方法	前払い	
線量計の種類 件数・単価	型 式 (FX)FS・NS・JQ・LA・()	3 件	期間単価 (年間) 20,440	一件/月 単価 1,720
	型 式 FX・FS・NS・JQ・(LA)・()	1 件	期間単価 (年間) 35,280	一件/月 単価 3,000
	型 式 FX・FS・NS・JQ・LA・()	件	期間単価 (年間)	一件/月 単価
	型 式 FX・FS・NS・JQ・LA・()	件	期間単価 (年間)	一件/月 単価
業 態 該当する項目にレ点 をつけてください (複数選択不可)	☐ 国保、健康保険組合 ☐ 社会保険の病院、診療所 ☐ 公益法人(財団、社団等) ☐ その他医療団体 ☐ 公共企業(公団等)・会社(口医療施設 口工場、製作所) ☐ 一般病院 ☐ 動物病院 ☒ 医院、クリニック、診療所 ☐ 医療法人・学校法人(口医療施設 口医療以外) ☐ その他			

ご 使 用 者 名	姓	名	性別	生年月日(西暦)	型 式	装着部位	DOSIRIS付属部品 (どちらかを選択)
	フリガナ	チヨダ	タロウ	男・女 (男)	1964 年 11 月 8 日	FX LA	胸・腹・頭 手・眼 (ヘッドバンド ・ 取付部品)
	職 種	医師・看護師・診療放射線技師・臨床工学技士・薬剤師・臨床検査技師・歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・獣医師・その他					
	フリガナ	ブンキョウ	キョウコ	男・女 (女)	1979 年 8 月 20 日	FX	胸・腹・頭 手・眼 (ヘッドバンド ・ 取付部品)
	職 種	医師・看護師・診療放射線技師・臨床工学技士・薬剤師・臨床検査技師・歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・獣医師・その他					
	フリガナ	チヨダ	アイ	男・女 (女)	1982 年 6 月 27 日	FX	胸・腹・頭 手・眼 (ヘッドバンド ・ 取付部品)
	職 種	医師・看護師・診療放射線技師・臨床工学技士・薬剤師・臨床検査技師・歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・獣医師・その他					
	フリガナ			男・女	年 月 日		胸・腹・頭 手・眼 (ヘッドバンド ・ 取付部品)
	職 種	医師・看護師・診療放射線技師・臨床工学技士・薬剤師・臨床検査技師・歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・獣医師・その他					
	フリガナ			男・女	年 月 日		胸・腹・頭 手・眼 (ヘッドバンド ・ 取付部品)
	職 種	医師・看護師・診療放射線技師・臨床工学技士・薬剤師・臨床検査技師・歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・獣医師・その他					

◎お支払いは口座振替をご利用ください。<https://www.c-technol.co.jp/cms/wp-content/uploads/2020/11/furikaef.pdf>
◎線量計・報告書のお届け先がお申込先と異なる場合は、別紙 線量計・報告書お届け先登録申込書をご記入ください。
◎ガラスバッジwebサービス(無償)にご登録いただくと、ご使用者の追加・中止など変更手続きができます。
ご希望の場合は、営業所へご連絡いただくか、ホームページの「ガラスバッジwebサービス 初めての方へ」から
ガラスバッジをお申込みください ※webからお申込みの場合、本紙の記入は不要です。<https://www.mos4.c-technol.co.jp/mos/pec02g01.init>

※ 水晶体の線量を測る、DOSIRISを使用ご希望の場合は、「DOSIRIS付属部品」をどちらかお選びください。
ヘッドバンド: 頭部にヘッドバンド型で装着 防護メガネ取付部品: 防護メガネのつるに装着
(ヘッドバンド・防護メガネ取付部品は、初回のみ無料で送付いたします。紛失時は有償になります)

代理店名 取扱店名		確 認		登 録		受 付	
得意先コード							

私は個人放射線被ばく線量測定サービス規約を承認のうえ、ガラスバッジサービスを申し込みます。

個人放射線被ばく線量測定サービス申込書

印 紙
200円

申込年月日 年 月 日

※収入印紙を貼り、割印を押印してください

お申込先	事業所 名 称	フリガナ				
	ご住所	フリガナ				
		〒	都・道 府・県		市・区 町・村	
フリガナ						
担当者	フリガナ			電話		
	※必ず押印		FAX			

ご請求先	事業所 名 称	フリガナ				
	ご住所	フリガナ				
		〒	都・道 府・県		市・区 町・村	
フリガナ						
担当者	フリガナ			電話		
			FAX			

申込期間	西暦20 年 月 1 日から1年間			お申込人数	人
ご使用周期	1 カ 月			お支払方法	前払い
線量計の種類 件数・単価	型 式 FX・FS・NS・JQ・LA・()	件	期間単価 (年間)	一件/月 単価	
	型 式 FX・FS・NS・JQ・LA・()	件	期間単価 (年間)	一件/月 単価	
	型 式 FX・FS・NS・JQ・LA・()	件	期間単価 (年間)	一件/月 単価	
	型 式 FX・FS・NS・JQ・LA・()	件	期間単価 (年間)	一件/月 単価	
業態 該当する項目にレ点 をつけてください (複数選択不可)	☐ 国保、健康保険組合 ☐ 社会保険の病院、診療所 ☐ 公益法人(財団、社団等) ☐ その他医療団体 ☐ 公共企業(公団等)・会社(口医療施設 口工場、製作所) ☐ 一般病院 ☐ 動物病院 ☐ 医院、クリニック、診療所 ☐ 医療法人・学校法人(口医療施設 口医療以外) ☐ その他				

ご使用 者 名	姓		名		性別	生年月日(西暦)		型 式	装着部位	DOSIRIS付属部品 (どちらかを選択)
	フリガナ				男・ 女	年 月 日			胸・腹・頭 手・眼	ヘッドバンド ・ 取付部品
	職 種		医師・看護師・診療放射線技師・臨床工学技士・薬剤師・臨床検査技師・歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・獣医師・その他							
	フリガナ				男・ 女	年 月 日			胸・腹・頭 手・眼	ヘッドバンド ・ 取付部品
	職 種		医師・看護師・診療放射線技師・臨床工学技士・薬剤師・臨床検査技師・歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・獣医師・その他							
	フリガナ				男・ 女	年 月 日			胸・腹・頭 手・眼	ヘッドバンド ・ 取付部品
	職 種		医師・看護師・診療放射線技師・臨床工学技士・薬剤師・臨床検査技師・歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・獣医師・その他							
	フリガナ				男・ 女	年 月 日			胸・腹・頭 手・眼	ヘッドバンド ・ 取付部品
	職 種		医師・看護師・診療放射線技師・臨床工学技士・薬剤師・臨床検査技師・歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・獣医師・その他							
	フリガナ				男・ 女	年 月 日			胸・腹・頭 手・眼	ヘッドバンド ・ 取付部品
	職 種		医師・看護師・診療放射線技師・臨床工学技士・薬剤師・臨床検査技師・歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・獣医師・その他							

◎お支払いは口座振替をご利用ください。<https://www.c-technol.co.jp/cms/wp-content/uploads/2020/11/furikae.pdf>

◎線量計・報告書のお届け先がお申込先と異なる場合は、別紙 線量計・報告書お届け先登録申込書をご記入ください。

◎ガラスバッジwebサービス(無償)にご登録いただくと、ご使用者の追加・中止など変更手続きができます。

ご希望の場合は、営業所へご連絡いただくか、ホームページの「ガラスバッジwebサービス 初めの方へ」から
ガラスバッジをお申込みください ※webからお申込みの場合、本紙の記入は不要です。<https://www.mos4.c-technol.co.jp/mos/pec02g01.initt>

※ 水晶体の線量を測る、DOSIRISを使用ご希望の場合は、「DOSIRIS付属部品」をどちらかお選びください。
ヘッドバンド: 頭部にヘッドバンド型で装着 防護メガネ取付部品: 防護メガネのつるに装着
(ヘッドバンド・防護メガネ取付部品は、初回のみ無料で送付いたします。紛失時は有償になります)

代理店名 取扱店名		確 認		登 録		受 付	
得意先コード							

別紙 線量計・報告書お届け先登録申込書

線量計お届け先	事業所 名 称	フリガナ		
	ご住所	フリガナ		
		〒 都・道 市・区 府・県 町・村		
		フリガナ		
	担当者	フリガナ	電 話	
		FAX		

報告書お届け先	事業所 名 称	フリガナ		
	ご住所	フリガナ		
		〒 都・道 市・区 府・県 町・村		
		フリガナ		
	担当者	フリガナ	電 話	
		FAX		

* 線量計・報告書のお届け先がお申込先と異なる場合にご記入ください。

代理店名 取扱店名		確 認		登 録		受 付	
得意先コード							