

治療用照射装置の出力線量測定 申込書

申込書送付先： 国立がん研究センター がん対策情報センター 放射線治療品質管理推進室 殿
 (線量測定受託：公益財団法人 医用原子力技術研究振興財団 線量校正センター)

1. 施設情報 申込日： 年 月 日

施設名(病院名)			
所在地	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> 県 <input type="text"/>		
施設長	役職名： <input type="text"/>	氏名： <input type="text"/>	印 <input type="text"/>
放射線治療責任者	所属： <input type="text"/>	氏名： <input type="text"/>	印 <input type="text"/>
品質管理担当者 <small>測定内容等がわかる方の氏名等を記入して下さい</small>	所属： <input type="text"/>	氏名： <input type="text"/>	
	電話： <input type="text"/>	FAX： <input type="text"/>	
	E-mail： <input type="text"/>		

2. 測定内容

照射装置(加速器)	型式： <input type="text"/>	製造番号： <input type="text"/>									
①X線測定条件	該当箇所に(□:未選択)にチェック(■:選択)を入れて下さい										
Energy	必須選択となります (校正条件)	選択項目(1セットあたり4条件まで測定できます。校正条件は必ず選択する事となります。)									
		照射野条件(cm ²)				ウェッジ条件(°)				条件数	条件数小計①
		5x5	15x15	20x20	25x25	15	30	45	60		
<input type="checkbox"/>	MV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	MV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	MV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	MV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	MV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
②電子線測定条件		校正深 d_c は小数点第二位を四捨五入し、小数点第一位までを記入して下さい。									
Energy		校正深 d_c			Energy	校正深 d_c			条件数小計②		
<input type="checkbox"/>	MeV		cm	<input type="checkbox"/>	MeV		cm				
<input type="checkbox"/>	MeV		cm	<input type="checkbox"/>	MeV		cm				
<input type="checkbox"/>	MeV		cm	<input type="checkbox"/>	MeV		cm				
<input type="checkbox"/>	MeV		cm	<input type="checkbox"/>	MeV		cm				
条件数の合計：										条件	

※ 報告書は、施設長宛1通、放射線治療責任者・品質管理担当者宛1通を、まとめて施設長宛に送付致します。

3. その他(測定セット送付先, 請求書送付先) 該当箇所に(□:未選択)にチェック(■:選択)を入れて下さい

測定セット送付先	<input type="checkbox"/> 品質管理担当者	<input type="checkbox"/> その他(下記の内容を記述して下さい)
	その他	所属： <input type="text"/> 氏名： <input type="text"/> 電話： <input type="text"/> 住所：〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> 県 <input type="text"/>
請求書送付先	<input type="checkbox"/> 施設長	<input type="checkbox"/> 品質管理担当者 <input type="checkbox"/> その他(下記の内容を記述して下さい)
	その他	所属： <input type="text"/> 氏名： <input type="text"/> 電話： <input type="text"/> 住所：〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> 県 <input type="text"/>
請求書の宛名	<input type="checkbox"/> 指定しない(病院名) <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)	
連絡欄		