

年 月 日

鳥取県西部総合事務所長 様

管理者 住所

氏名

印

診療用エックス線装置廃止届

下記のとおり診療用エックス線装置を廃止したのでお届けします。

記

1 病院又は診療所の名称 所在地
2 廃止したエックス線装置 (ア) 製造者名 (イ) 型 式 (ウ) エックス線管回路最大電圧 (エ) 廃止理由
3 廃用したエックス線診療室 廃止理由