

안전관리책임자

[]선임교육
[]보수교육

신청서

접수번호		접수일	
신청인	근무기관 명칭		성명
	근무기관 주소(도로명 주소)		
	생년월일		연락처
	의료인 등의 종별		면허(자격)번호

「진단용 방사선 발생장치 안전관리책임자에 대한 교육 및 교육기관 지정」 제10조의 규정에 의하여 안전관리책임자 교육을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

00000 기관장 귀하