

[별지 제11호서식] <개정 2010.1.22>

☐ 최초 설치검사 ☐ 정기검사 ☐ 재 검사						
진단용 방사선 발생장치의 성적서						
문서번호: 시행일자: 수 신: 제 목: 검사성적 통보						
의 료 기 관 명		소재지				
품 목 명		용 도				
형 식 및 모 델						
제조국 및 제조사						
제 조 번 호						
제 조 연 월 일						
최초 사용신고 일자						
위의 장치에 대한 검사 결과를 아래와 같이 통보합니다.						
장치의 명칭	형식 및 모델			검 사 항 목	검 사 결 과	판 정
	X-선 튜브	제어장치	고전압 발생 장치			
종 합 판 정						
그 밖 의 의 견						
기 술 책임자	(서명)					
검사자	(서명)					
년 월 일						
(검사기관명) 장						
직인						
주소:						
전화번호:						

210mm × 297mm[일반용지60g/m²(재활용품)]