

방사선 방어시설의 검사성적서

문서번호:
시행일자:
수 신:
제 목: 검사성적 통보

방사선 방어시설에 대한 검사 결과를 아래와 같이 통보합니다.

의료기관명		소재지	
방사선 방어시설의 검사위치 및 측정위치		검 사 결 과	판 정
전원시설의 정류방식 및 용량			
주당 최대 동작부하	mA · min/week		
총 합 판 정			
그 밖 의 의 건			

기 술 책임자	(서명)
검사자	(서명)

년 월 일

(검사기관명) 장



직인

주소:

전화번호: