

방사선 관계 종사자 피폭선량 측정신청서

접수번호		접수일		처리기간	
신청인	동물병원의 명칭			전화번호	팩스번호
	소재지				
	개설자 성명			생년월일(남/여)	
	안전관리 책임자 성명			생년월일(남/여)	
측정 대상자	성명		주민등록번호		담당업무
측정기간	년 월부터 년 월까지(월간)				

「동물 진단용 방사선발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제7조제1항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

측정기관의 장 귀하

첨부서류	피폭선량 측정성적서 사본 1부(검사신청일 이전 최근 1회분만 해당하며, 최초로 측정하는 경우에는 이를 첨부하지 않습니다)				
처리절차					
신청서 작성 신청인		접수 피폭선량 측정기관	피폭선량 측정 피폭선량 측정기관	결과 통보 (피폭선량 측정서 발급) 피폭선량 측정기관	