

درخواست تایید گروه پرتوکاری

بند ۱- مشخصات مرکز

نام مرکز آموزشی، درمانی/ بیمارستان (مرکز یا فعالیت گسترده)

نام مرکز/ بخش: کد فیلم بچ/ TLD:

آدرس:

تلفن: نماپر: پست الکترونیکی:

شماره و تاریخ اعتبار مجوز کار با اشعه/ پروانه اشتغال:

نام و نام خانوادگی مسئول فیزیک بهداشت مرکز:

نام و نام شخص مسئول مرکز:

نام و نام خانوادگی رئیس/ مدیر مرکز:

بند ۲- مشخصات متقاضی دریافت فوق العاده کار با اشعه

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: شماره شناسنامه:

کد ملی: آخرین مدرک تحصیلی: تاریخ صدور گواهی نامه دوره مقدماتی:

سمت یا شغل مورد تصدی:

سابقه کار با اشعه: سال و ماه و روز . تاریخ شروع به کار با اشعه:

شماره دوزیمتر فیلم بچ یا TLD:

بند ۳- مشخصات چشمه پرتوزای مورد استفاده:

ردیف	نام شیمیایی	عدد جرمی	پرتوزایی (بکرل یا کوری)	کاربرد

بند ۴- دستگاه های مولد پرتو یونساز مورد استفاده:

ردیف	نام دستگاه	شماره سریال دستگاه	شماره شناسه واحد قانونی (نصب شده روی دستگاه)*	حداکثر KVP	حداکثر mA	کاربرد	متحرک یا ثابت

* تذکر: در مراکز پرتو تشخیصی درج شماره شناسه واحد قانونی الزامی می باشد.

بند ۵- نظریه اعضاء کمیسیون ماده ۲۰ قانون حفاظت در برابر اشعه:

کلیه مطالب مندرج در این فرم مورد تایید بوده و پیشنهاد می گردد آقای/ خانم در فهرست پرتوکاران گروه مرکز منظور گردد.

ضمناً یادآوری می نماید که در این مرکز با تایید واحد قانونی تعداد نفر پرتوکار گروه الف و نفر پرتوکار گروه ب (لیست پیوست) به تایید رسیده اند و به کار اشعه اشتغال دارند.

اعضای کمیسیون ماده ۲۰	شخص مسئول	مسئول فیزیک بهداشت مرکز	مسئول فیزیک بهداشت کل	مدیر منابع انسانی	رئیس دانشگاه / نماینده
نام و نام خانوادگی					
مهر و امضاء					

تذکر: در صورت تجاوز تعداد افراد تعیین گروه شده در مرکز از تعداد پرتوکاران قابل توجیه مندرج در جداول پیوست ۳ دستورالعمل، لازم است لیست پرتوکاران حذف شده ارائه گردد.