

باسمه تعالی

این فرم فقط برای دستگاههای مندرج در یک مجوز است						
<p>مسئول محترم فنی/همکار محترم</p> <p>با سلام و احترام: لطفاً برای اخذ یا تمدید مجوز کار با اشعه، مجوز نصب و اعماب تغییرات در مجوز کار با اشعه، پس از دریافت نامه از معاونت درمان دانشگاه خطاب به معاونت بهداشتی، اطلاعات این فرم را تکمیل و به واحد بهداشت محیط این معاونت طبقه ۴ همراه با تصویر نقشه تایید شده و تصویر آخرین مجوز صادره از سازمان انرژی اتمی ارائه نمایید. بعد از بازدید میدانی و بررسی مدارک از جمله کنترل کیفی تجهیزات مولد اشعه، کد رهگیری از طریق واحد بهداشت محیط این معاونت به اطلاع نماینده (رابط) آن حوزه اعلام می شود. همچنین برای طی تشریفات اداری، لازم است پس از اخذ مجوز مورد نظر، تصویر آن را به معاونت بهداشتی دانشگاه (مرجع صدور کد رهگیری) ارائه نمایید. پس از دریافت کد رهگیری و طبق رویه جاری واحد قانونی، به سامانه سازمان انرژی اتمی مراجعه و اطلاعات را در آن بارگذاری نمایید. مستندات مورد بررسی شامل: مدارک مسئول فنی و فیزیک بهداشت، مجوز های قانونی و مستندات و نیز مجوز کار با اشعه قبلی برای تمدید و مجوز نصب برای اخذ مجوز کار با اشعه، گواهی کنترل کیفی تجهیزات مولد اشعه یونیزان در رادیولوژی و کالیبراسیون در پزشکی هسته ای برای تجهیزات منصوبه، تصویر نقشه تایید شده توسط کارشناس بهداشت پر توها، کروکی محل، فرم تکمیل شده مجوز کار با اشعه، مستندات فیلم بچ، لیست تجهیزات حفاظتی</p>						
شماره و تاریخ نامه معاونت درمان خطاب به معاونت بهداشتی دانشگاه:						
<p>نوع درخواست: مجوز نصب دستگاه <input type="radio"/> دریافت مجوز کار با اشعه <input type="radio"/> تمدید مجوز کار با اشعه <input type="radio"/> تغییر در دستگاهها با نام مسئول فنی یا فیزیک بهداشت مندرج در مجوز کار با اشعه <input type="radio"/> رادیولوژی فک و دهان و صورت <input type="radio"/> سایر موارد <input type="radio"/> ذکر نمایید:</p>						
نام کامل مرکز / موسسه / بخش: کد پروکاری از واحد قانونی:						
<p>کاربری منابع مولد اشعه یونیزان: رادیولوژی <input type="radio"/> سی تی <input type="radio"/> اتاق عمل <input type="radio"/> آنژیوگرافی <input type="radio"/> ERCP <input type="radio"/> سنگ شکن <input type="radio"/> کلینیک درد <input type="radio"/> رادیولوژی فک و دهان و صورت <input type="radio"/> پانورکس درمانگاه دندانپزشکی <input type="radio"/> سایر (ذکر نمایید):</p>						
شماره مجوز کار با اشعه قبلی: تاریخ انقضای مجوز کار با اشعه قبلی:						
شماره و تاریخ موافقت اصولی (برای واحدها یا مراکز جدید):						
شماره و تاریخ مجوز نصب (برای مراکز فاقد مجوز کار با اشعه یا درخواستهای نصب دستگاه):						
شماره و تاریخ پروانه بهره برداری از وزارت بهداشت (برای بخش یا واحدهای فعال):						
تاریخ تایید نقشه توسط کارشناس بهداشت محیط و پروتوهای معاونت بهداشتی: / / (لطفاً تصویر نقشه مصوب پیوست شود)						
تاریخ راه اندازی مرکز: / / تعداد کارکنان مشمول فیلم بچ با احتساب مسئول فنی و مسئول فیزیک بهداشت: نفر						
آدرس دقیق: کد پستی:						
تلفن: نامبر: نام رابط (نماینده) و تلفن همراه وی:						
<p>شیفت (نوبت کاری) محل: فقط صبح <input type="radio"/> فقط بعد از ظهر (عصر) <input type="radio"/> صبح و عصر <input type="radio"/> صبح و عصر و شب <input type="radio"/></p> <p>مشخصات مسئولین مرکز/موسسه: (ذکر مشخصات کامل شناسنامه ای و مدارک تحصیلی افراد الزامی است)</p>						
شیفت	نام	نام خانوادگی	سال تولد	کد ملی	مدارک تحصیلی	تلفن همراه
مسئول فنی (۱)						
مسئول فنی (۲)						
مسئول فنی	زوج					
	فرد					
مسئول فیزیک						
توجه: اگر منابع پروتو در مرکز/موسسه، بیش از دو دستگاه باشد لازم است مسئول فنی از مسئول فیزیک بهداشت مجزا و دو فرد حقیقی باشد.						
تعداد دستگاه های مولد اشعه یونیزان موجود: در صورت نیاز به ردیف ها اضافه شود. جدول برای فقط دستگاههای مندرج در کد مجوز است برای موسسات پزشکی هسته ای صرفاً ذکر دستگاه گاما کمرا یا اسکنر در جدول زیر مد نظر است.						
ردیف	دستگاه مولد اشعه یونیزان/دکتور	نوع کاربردی/مدل	شماره GEN	فعال/غیرفعال	تاریخ کنترل کیفی/کالیبراسیون	نام شرکت کنترل کیفی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
سیستم ظهور و ثبوت فیلم (مربوط به موسسات رادیولوژی): تاریخخانه <input type="radio"/> تاریخخانه و فیلم <input type="radio"/> سی آر <input type="radio"/> دیجیتال <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/>						
تاریخ تنظیم این فرم: / / نام و نام خانوادگی و امضای متقاضی (تایید اطلاعات مندرج فوق):						