**ＭＲＩ装置設置届**

　　年　　月　　日

（宛先）川崎市長

管理者　住所

氏名

電話番号

　次のとおりＭＲＩ装置を設置したので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 新　規　・　更　新　・　移　設　・　その他 (　　　　　　　　) |
| 病院・診療所 | 名称 |  | 病床 | 有(　　床)・無 |
| 所在地 |  | 電話 |  |
| ＭＲＩ装置 | 製作者名 |  |
| 型式 |  |
| 静磁場発生機構 |  |
| 静磁場強度 |  |
| 用途 |  |
| 使用診療室名 |  |
| ＭＲＩ診療に従事する医師、歯科医師、診療放射線技師、臨床検査技師 | 氏名 | 資格 | 登録年月日 | 経歴及び登録番号 |
|  |  |  |  |
| 設置年月日 | 　　年　　　月　　　日 |

★添付書類

　１　配置図、図中に注意標識（使用中、磁場発生中）及び注意事項の掲示場所を記入

　２　平面図及び側面図

　３　磁場測定図

　４　使用に関する注意事項

　５　高周波利用設備許可状の写し