فرم شماره ۱

درخواست تایید گروه پرتوکاری

بند ۱- مشخصات مرکز

نام موسسه/بیمارستان (مرکز با فعالیت گسترده):..... .....

نام مرکز/بخش:..... .....کد فیلم بج/TLD .....

آدرس:..... .....

تلفن:.....نمابر:.....پست الکترونیک:.....

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

نام و نام خانوادگی مسوول فیزیک بهداشت مرکز:..... .....

نام و نام خانوادگی شخص مسوول مرکز:..... .....

نام و نام خانوادگی مسوول فیزیک بهداشت کل:..... .....

بند ۲- مشخصات متقاضی دریافت فوق العاده کار با اشعه

نام و نام خانوادگی.....تاریخ تولد.....شماره شناسنامه.....

کدملی.....آخرین مدرک تحصیلی..... تاریخ صدور گواهی نامه دوره مقدماتی.....

سمت یا شغل مورد تصدی..... .....

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

شماره دزیمتر فیلم بج یا TLD: .....

بند ۳- مشخصات چشمه پرتوزای مورد استفاده

ردیف	نام شیمیایی	عدد جرمی	پرتوزایی(بکرل یا کوری)	کاربرد
۱				
۲				
۳				

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
۱							
۲							
۳							

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

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

کلیه مطالب مندرج در این فرم مورد تایید بوده و پیشنهاد می گردد که نامبرده در فهرست پرتوکاران گروه الف/ گروه ب این مرکز منظور گردد.

تاکنون 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 با اشعه اشتغال دارند.

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

اعضا کمیسیون ماده ۲۰	رییس مرکز	شخص مسوول	مسوول فیزیک بهداشت مرکز	مسوول فیزیک بهداشت کل
نام و نام خانوادگی				
مهر و امضا				

مشخصات پرتوکاران مجاز مرکز که تعیین گروه برای آنها درخواست می گردد

ردیف	نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	شغل مورد تصدی در ارتباط با اشعه	تاریخ برگزاری دوره حفاظت در برابر اشعه	مرکز برگزار کننده دوره	سنوات کار با پرتو برای تکنسین های تجربی	گروه پرتوکاری (الف/ب)
۱				شخص مسوول				
۲				مسوول فیزیک بهداشت				
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								
۱۱								
۱۲								

نظریه اعضا کمیسیون ماده ۲۰:

ضمن تایید پرتوکاران لیست فوق یادآور می گردد تاکنون در این مرکز با تایید واحد قانونی تعداد ..... نفر پرتوکار گروه الف و ..... نفر پرتوکار گروه ب به تایید رسیده و به کار با اشعه اشتغال دارند.

اعضا کمیسیون ماده ۲۰	رییس مرکز	شخص مسوول	مسوول فیزیک بهداشت مرکز	مسوول فیزیک بهداشت کل
نام و نام خانوادگی				
مهر و امضاء				

تذکر: تایید پرسنل پرتوکار مجاز بدون تایید مسوول فیزیک بهداشت کل فاقد اعتبار می باشد.