

**پیوست ۴**

فرم شماره ۱

درخواست تایید گروه پرتوکاری

**بند ۱ - مشخصات مرکز**

نام مرکز آموزشی، درمانی/بیمارستان (مرکز با فعالیت گسترده): .....

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

آدرس: .....

تلفن: ..... شماره: ..... پست الکترونیک: .....

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

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

نام و نام خانوادگی 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 .....

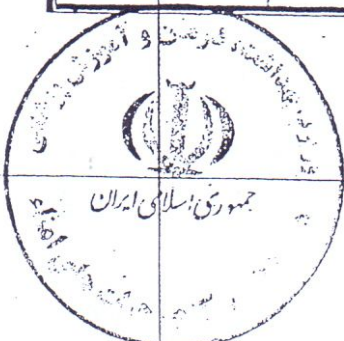
سمت یا شغل مورد تصدی: .....

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

شماره دوزیمتر فیلم بیج یا TLD: .....

**بند ۳ - مشخصات چشمه پرتوای مورد استفاده**

ردیف	نام شیمیایی	عدد جریمی	پرتو زایی (بکرن یا کوری)	کاربرد



بند ۴ - دستگاه های مولد 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 اعضای 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 پرتو کاران گروه ..... در مرکز ..... منظور گردد.

ضمناً یادآوری می نماید که در این مرکز با تایید واحد قانونی تعداد ..... نفر پرتو کار گروه الف و ..... نفر پرتو کار گروه ب (لیست پیوست) به تایید رسیده اند و به کار با 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 شده در مرکز از تعداد پرتو کاران قابل توجه مندرج در جدول پیوست ۳ دستورالعمل، لازم است لیست پرتو کاران حذف شده ارائه گردد.

