

個人被ばく線量情報提供承諾書

地方独立行政法人
公立甲賀病院
放射線管理担当 宛

法で定められた個人被ばく線量の管理のため、
公立甲賀病院在籍時の個人被ばく線量情報を提供する事に承諾いたします。

ご本人記入

記入日	西暦 年 月 日
(フリガナ) ご氏名	印
性別	
生年月日	

必要な個人被ばく線量情報の期間

期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
----	---------------------

ご送付先

ご施設名	
ご住所	〒 -
宛名	