**エックス線装置廃止届**

年　　月　　日

福山市保健所長　様

　　　住所

管理者

　　　名前

　　次のとおりエックス線装置を廃止しました。

|  |  |
| --- | --- |
| １　医療施設名 |  |
| ２　所在地 |  |
| ３　エックス線装置　　の製作者名、型　　式及び台数 |  |
| ４　エックス線高電　　圧発生装置の定　　格出力 |  |
| ５　廃止した理由 |  |
| ６　廃止した年月日 | 年　　　月　　　日 |

（注）１．廃止後10日以内に届け出ること。

　　　２．管理者の住所は、住居する現住所を記入すること。

（２０２１．８改訂）