

# 醫用遙控後荷式近接治療設備年度偵測證明

一、申請人資料：

設 施 經 營 者		負 責 人	
地 址		電 話	

二、遙控後荷式近接治療設備

名 稱	廠 牌	型 號	序 號	核 種 數 量
遙控後荷式近接治療設備				
許 可 證 字 號				

三、測試項目（合格者打「√」，不合格者打「×」）

<input type="checkbox"/> 1. 治療室外之輻射劑量（率）_____。 <input type="checkbox"/> 2. 安全連鎖及急停裝置功能測試。 <input type="checkbox"/> 3. 密封放射性物質擦拭測試。（≤185Bq）
--

背景值：\_\_\_\_\_

測量儀器廠牌\_\_\_\_\_型別\_\_\_\_\_序號\_\_\_\_\_校正單位\_\_\_\_\_校正日期\_\_\_\_\_

四、測試人員簽章\_\_\_\_\_測試日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

輻射防護管理組織或輻射防護人員簽章\_\_\_\_\_聯絡電話及分機\_\_\_\_\_

- 註：1. 本證明各項應確實填寫。  
 2. 本報告應每年至少偵測一次送主管機關備查（每年十二月三十一日前）。  
 3. 本報告應加蓋設施經營者印信。

單位  
印信

【以下請勿填寫】

核可	審核	承辦