



به نام خدا

مسئول محترم فنی / همکار محترم

فرم خوداظهاری شماره ۱ - ویرایش نهم (۱۳۹۹/۹/۹)

با سلام و احترام : لطفاً برای اخذ / تمدید / اصلاح مجوز کار با اشعه ، اطلاعات این فرم را با دقت و خوانا تکمیل و اصل فرم همراه تصاویر نقشه تایید شده ممهور به مهر معاونت بهداشت، مجوز نصب دستگاه مولد اشعه (برای اخذ مجوز)، آخرین مجوز کار با اشعه همراه با پیوست منابع مجوز مذکور (برای تمدید یا اعمال تغییرات)، مستندات کنترل کیفی تمام تجهیزات مولد اشعه (صفحات اول تا سوم) طی درخواست کتبی به واحد محترم صدور پروانه های معاونت محترم درمان دانشگاه تحویل دهید. در صورت تایید درخواست، نامه معاونت درمان خطاب به معاونت بهداشت دانشگاه صادر و بررسی میدانی متعاقب آن انجام می شود. پس از تایید بهداشتی و حفاظت در برابر اشعه، نامه جایگزین کدرهگیری خطاب به امور حفاظت در برابر اشعه کشور صادر می شود. این نامه را از دبیرخانه معاونت بهداشتی دریافت و در سامانه واحد قانونی به نشانی <https://inra.aeoi.org.ir/ashae/guest/darkhast.aspx> بارگزاری فرمایید. ضروری است پس از اخذ مجوز مورد نظر، تصویر آن را همراه با فیش واریزی بابت صدور تاییدیه بهداشتی (به مبلغ یکصد و پنجاه هزار تومان - مطابق مصوبه ۵۷۴۹۵/ت/۶۸۳۴۹ مورخ ۱۳۹۹/۶/۱۹ هیات محترم وزیران - موضوع تعرفه های ماده ۲۴ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت به حسابی که توسط معاونت بهداشت اعلام می شود در وجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، طی نامه کتبی به دبیرخانه معاونت بهداشتی (طبقه سوم) ارائه نمایند.

نوع درخواست: اخذ مجوز نصب / احداث دریافت مجوز کار با اشعه برای اولین بار تمدید مجوز کار با اشعه اصلاح تجهیزات یا مسئولین مندرج در مجوز کار با اشعه سایر موارد (ذکر نمایید):

کاربری منابع مولد اشعه یونیزان (مطابق مجوز ماخوذه): رادیولوژی و سونوگرافی تصویربرداری پزشکی سی تی اسکن سی آرم اتاق عمل آنژیوگرافی ERCP سنگ شکن رادیوگرافی PA رادیولوژی فک و دهان و صورت سی آرم کلینیک درد پانورکس درمانگاه دندانپزشکی پزشکی هسته ای پرتودرمانی سایر (ذکر نمایید)

نام کامل و دقیق مرکز / مؤسسه / بخش (مطابق مجوز): کد پرتوکاری از واحد قانونی:

شماره مجوز کار با اشعه (آخرین مجوز): تاریخ انقضای مجوز کار با اشعه قبلی: / /

شماره و تاریخ صدور مجوز نصب/ احداث (برای تجهیزات فاقد مجوز کار با اشعه یا درخواست های جدید):

شماره و تاریخ پروانه بهره برداری از وزارت بهداشت (برای بخش یا واحدهای فعال):

تاریخ تایید نقشه توسط کارشناس سلامت محیط و پرتوهای معاونت بهداشت: / / (لطفاً تصویر نقشه مصوب پیوست شود)

تاریخ راه اندازی مرکز: / / تعداد کارکنان مشمول فیلم بچ با احتساب مسئول فنی و مسئول فیزیکی بهداشت: ... نفر

آدرس دقیق: کدپستی:

تلفن: نامبر: نام و تلفن همراه رابط یا نماینده:

شیفت (نوبت کاری): فقط صبح فقط بعد از ظهر (عصر) صبح و عصر صبح و عصر و شب

شیفت	نام	نام خانوادگی	سال تولد	نام پدر	کد ملی	مدرک تحصیلی	تلفن همراه
مسئول فنی (۱) صبح							
مسئول فنی (۲) عصر							
مسئول فنی شب	زوج						
	فرد						
مسئول فیزیکی بهداشت							

توجه: اگر منابع پرتو در مرکز/مؤسسه ، بیش از دودستگاه باشد لازم است مسئول فنی از مسئول فیزیکی بهداشت ، مجزا و دوفرد حقیقی باشند.

تعداد دستگاه مولد اشعه یونساز / دستگاه های موجود: فاقد شناسه (شماره GEN): مقید در مجوز قبلی:

لیست دستگاه های مولد اشعه یونیزان موجود: در صورت نیاز، به ردیف ها اضافه شود. جدول برای فقط دستگاه های مندرج در یک مجوز است. برای مؤسسات پزشکی هسته ای صرفاً "دستگاه گاماگرا یا اسکنر در جدول زیر ذکر خواهد شد. همچنین لیست رادیوداروها پیوست شود.

ردیف	دستگاه مولد اشعه یونیزان/ دتکتور	شماره GEN (شناسه واحدقانونی)	محل نصب / استقرار	فعال / غیرفعال	تاریخ انجام کنترل کیفی/ کالیبراسیون	نام شرکت کنترل کیفی / کالیبراسیون تجهیزات	قابلیت دستگاه *
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							

* منظور از قابلیت دستگاه : آنالوگ با تاریکخانه / آنالوگ مجهز به سی آر / دیجیتال / سایر (ذکر شود)

کد هشت رقمی مجوز فعالیت در شرایط کرونا ماخوذه از سامانه ثبت نام اصناف و صنایع در شرایط کرونا (salamat.gov.ir)

تاریخ تنظیم این فرم: / / نام، نام خانوادگی، مهر و امضای فرد مسئول (تایید اطلاعات فوق):

تلفن معاونت بهداشتی: ۵ - ۶۶۷۰۱۰۶۱ داخلی ۱۴۷ (آقای مهندس وثیقی) این فرم فقط برای دستگاه های مندرج در یک مجوز است