

公益財団法人 医用原子力技術研究振興財団 殿

申込日 西暦 年 月 日
校正実施日 西暦 年 月 日

以下のとおり申込みます。

治療用線量計校正受託要綱および記入要領の内容に同意します。

同意確認

同意確認のチェックボックス

1. 電離箱所有者（電離箱を所有している事業所の担当者）

所有者情報入力欄：住所、事業所名、担当者、連絡先

2. 仲介業者（利用される場合のみ記入）

仲介業者情報入力欄：業者名、住所、担当者、連絡先

3. 電離箱

電離箱仕様表：製造元、型式、製造番号、前回校正日、修理履歴、高電圧の大きさ、収集電荷の極性

電位計確認：本校正（電離箱単体JCSS校正）を予約する時、上記3の電離箱を接続する電位計について、電位計単体JCSS校正を本校正実施日（仮予約）から過去3年以内に受けていることを必ず確認してください。

電位計確認のチェックボックス：3年以内の履歴有、電位計同時予約

防水確認：型式PPC40、PPC05、NACP-02、P11、A11、A10（cap装着）、34001、23343（cap装着）、34045（cap装着）
上記のいずれかを依頼される場合は、電離箱の送付前に電離箱を水中に沈めても問題ないことを必ず確認してください。

防水確認のチェックボックス

4. 電離箱の輸送について

輸送方法入力欄：搬入方法、搬出方法、電離箱返送先

当財団では輸送中のトラブルによる電離箱の故障・破損については補償いたしません。
輸送機関を利用される場合は輸送保険の利用をご検討ください。
※佐川急便の輸送保険を希望する場合、「お届け先」、「ご依頼主」の両方に電離箱返送先を記入した元払い伝票を同梱してください。

5. 請求について

請求情報入力欄：記載する宛名、請求書送付先

6. 連絡欄

連絡欄入力欄

財団使用欄：受付日、受付番号、校正日、見積発行、原本確認、水中分離

申込書の記入要領

申込書の取扱いについて (QMD-02-002-03-004)

- 必ず最新版の申込書[※]を使用してください。旧様式で作成した申込書は受理できません。 ※事前提出の時点で当財団HP上で公開されているもの
- 申込日には申込書の提出日を記入してください。校正実施日には仮予約時に決定した校正日程を記入してください。
- 「治療用線量計校正受託要綱」および「申込書の記入要領(本紙)」の内容を確認し、「同意確認」にチェックを入れてください。
- 仮予約後に作成した申込書は、下記の申込書提出先へメールまたはFaxで事前提出してください。
- 事前提出後、申込内容に変更が生じた場合は、申込書を再提出してください。
- 担当者が押印した申込書原本を電離箱搬入時に同梱してください。同梱が確認できなかった場合、別途提出が必要です。
- 申込書の申込者控え分は、送付前に申込者自身においてコピーして保管してください。
- 本申込書には、校正実施日が同じ電離箱をまとめて記入してください。
- 校正証明書は電離箱所有者に送付いたします。ただし、仲介業者を利用する場合は仲介業者の担当者に送付いたします。
- 校正証明書の送付先についてご要望がある場合、事前のご相談が必要です。

1. 電離箱所有者

- 電離箱所有者欄の事業所名は、校正証明書に記載されます。必ず正式名称を記入してください。
- 電離箱所有者欄の担当者には、ご依頼内容および機器についての確認ができる方の連絡先情報を記入してください。

2. 仲介業者

- 仲介業者欄は仲介業者を利用する場合に記入してください。

3. 電離箱

- 電離箱欄は、電離箱の製造業元、型式、製造番号、前回校正日、修理履歴、測定条件を記入してください。
- 修理履歴については、前回の校正日以降に修理を実施している場合のみ修理実施日を記入してください。
- 1本の電離箱について複数条件(高電圧の大きさ、円筒型電離箱の両極性実施等)の測定を依頼する場合は条件ごとに記入してください。
- 測定を依頼する電離箱を接続する電位計について、電位計単体JCSS校正を本校正実施日(仮予約)から過去3年以内に受けていることを必ず確認し、「3年以内の履歴有」にチェックを入れてください。履歴が確認できない場合、必ず本校正と同時に電位計単体JCSS校正を予約し、「電位計同時予約」にチェックを入れてください。
- PPC40、PPC05、NACP-02、P11、A11、A10(cap装着)、34001、23343(cap装着)、34045(cap装着)のいずれかをご依頼いただく場合、線量計の送付前に電離箱を1時間以上水中に沈めて防水性能に問題がないことを確認し、申込書原本の「防水確認」にチェックを入れてください。防水確認の方法については、当財団HPをご確認ください。

4. 電離箱の輸送について

- 搬入方法については、該当項目にチェックを入れてください。直接持込の場合は来所時間を記入してください。
- 搬出方法については、該当項目にチェックを入れてください。直接引取の場合は来所時間を記入してください。
- 輸送保険を希望する場合は設定額を記入してください。輸送保険を利用しない場合は0(ゼロ)を記入してください。
- 佐川急便の輸送保険を希望する場合は、「お届け先」および「ご依頼主」の両方に線量計返送先の情報を記入した、元払い伝票を線量計送付時に同梱してください。記入済み伝票をご用意いただけない場合、輸送保険のご利用はできません。
- 搬入搬出において、やむを得ない事情により財団側に輸送費の負担が発生した場合は輸送費として実費を請求する場合がございます。
- 線量計の返却発送日は、原則、校正実施日の翌営業日となります。土日・祝日等の発送は行っておりません。

5. 請求について

- 請求書に記載する宛名については、該当項目にチェックを入れてください。「指定宛名」を選択した場合は、宛名を記入してください。
- 請求書の送付先については、該当項目にチェックをいれてください。「指定送付先」を選択した場合は送付先情報を記入してください。
- 校正料金の振込手数料は校正料金とは別にご負担ください。

6. 連絡欄について

- ご依頼について連絡事項等がある場合は、連絡欄に記入してください。

以上

申込書提出先 (問い合わせ先)

〒263-0041
千葉県千葉市稲毛区黒砂台3-9-19
公益財団法人医用原子力技術研究振興財団
線量校正センター 業務管理係
TEL:043-309-4330 FAX043-309-4331
MAIL:info-kosei@antm.or.jp

電離箱送付先[※]

申込書送付先と異なります。ご注意ください。

〒263-8555
千葉県千葉市稲毛区穴川4-9-1
放射線医学総合研究所内 第3研究棟B1F コバルト室
公益財団法人医用原子力技術研究振興財団 宛
TEL:090-1438-0887
※電位計校正が同時にある場合は、線量計一式での送付可

分離校正（電離箱）

治療用電離箱の校正申込書

QMD-02-002-03-004

公益財団法人 医用原子力技術研究振興財団 殿

申込日 西暦 2021 年 3 月 1 日
 校正実施日 西暦 2021 年 4 月 7-8 日

以下のとおり申込みます。

治療用線量計校正受託要綱および記入要領の内容に同意します。

同意確認

1. 電離箱所有者（電離箱を所有している事業所の担当者）

住所	〒 263-0041 千葉県千葉市稲毛区黒砂台3-9-19 ハイツ黒砂台101		(証明書の施設住所には都道府県・市区町村・番地を記載いたします。)
事業所名 (正式名称)	公益財団法人医用原子力技術研究振興財団 (証明書の施設名には上記の内容を記載いたします。正式名称を記入してください。)		
担当者	氏名: 財団A太	所属: 放射線科	
連絡先	TEL: 043-309-4330	MAIL: info-kosei@antm.or.jp	

2. 仲介業者（利用される場合のみ記入）

業者名	医用原子力財団		
住所	〒 103-0001 東京都中央区日本橋小伝馬町7-16 ニッケイビル5F		
担当者	氏名: 財団B太	所属: 技術営業部	
連絡先	TEL: 03-5645-2230	MAIL: kosei@antm.or.jp	

3. 電離箱

製造元	型式	製造番号	前回校正日 (一体校正含む)	修理履歴	高電圧の大きさ	収集電荷の極性 (平行平板形は指定不可)
ANTM	ANTM PP	123	新規	なし	200 V	平行平板形の為 両極性
ANTM	ANTM FM	456	2020年4月5日	2020年8月1日	300 V	負
ANTM	ANTM FM	456	2020年4月5日	2020年8月1日	300 V	正
ANTM	ANTM FM	123456	不明	なし	300 V	負

<p>電位計確認: 本校正(電離箱単体JCSS校正)を予約する時、上記3の電離箱を接続する電位計について、電位計単体JCSS校正を本校正実施日(仮予約)から過去3年以内に受けていることを必ず確認してください。前項が確認できない場合、必ず本校正と同時に電位計単体JCSS校正を予約してください。</p> <p>防水確認: 型式PPC40、PPC05、NACP-02、P11、A11、A10(cap装着)、34001、23343(cap装着)、34045(cap装着) 上記のいずれかを依頼される場合は、電離箱の送付前に電離箱を水中に沈めても問題ないことを必ず確認してください。防水キャップは装着したままの状態でお送りください。未装着の場合は校正をお断りする場合があります。校正時に判明した故障については補償できません。予めご了承ください。</p>	<p>該当する項目を選択(■)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3年以内の履歴有</p> <p><input type="checkbox"/> 電位計同時予約</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 防水確認</p>
--	---

4. 電離箱の輸送について

搬入方法	<input type="checkbox"/> 輸送機関利用 (搬入輸送は元払いのみ。着払いの場合は受取できません。)	<input checked="" type="checkbox"/> 直接持込 4月6日 10:00
搬出方法	<input type="checkbox"/> 佐川急便(着払) 保険金額: 設定不可	<input type="checkbox"/> 直接引取
電離箱返送先	<input checked="" type="checkbox"/> 指定返送先 <input type="checkbox"/> 電離箱所有者(担当者) <input type="checkbox"/> 仲介業者(担当者)	
	〒 263-0041 TEL: 043-309-4330 千葉県千葉市稲毛区黒砂台3-9-19 ハイツ黒砂台102 医用原子力技術研究振興財団 業務管理課 財団C太	

当財団では輸送中のトラブルによる電離箱の故障・破損については補償いたしません。輸送機関を利用される場合は輸送保険の利用をご検討ください。
 ※佐川急便の輸送保険を希望する場合、「お届け先」、「ご依頼主」の両方に電離箱返送先を記入した元払い伝票を同梱してください。

5. 請求について

記載する宛名	<input checked="" type="checkbox"/> 指定宛名 <input type="checkbox"/> 電離箱所有者(事業所名) <input type="checkbox"/> 仲介業者(業者名)	
	理事長 財団A子	
請求書送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 指定送付先 <input type="checkbox"/> 電離箱所有者(担当者) <input type="checkbox"/> 仲介業者(担当者)	
	〒 103-0001 TEL: 03-5645-2230 東京都中央区日本橋小伝馬町7-16 ニッケイビル5F 医用原子力財団 契約課 財団B子	

6. 連絡欄

財団使用欄	受付日
	受付番号
	校正日
	見積発行
	原本確認
	水中分離