

分離校正
(電位計)

治療用電位計の校正申込書

申込日 西暦 年 月 日
校正実施日 西暦 年 月 日

公益財団法人 医用原子力技術研究振興財団 殿

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. 電位計所有者 ※事業所名は校正証明書に記載されます。正式名称を記入してください。

住所	〒		
事業所名			
担当者	氏名：	⑩	所属：
連絡先	TEL：		MAIL：

2. 仲介業者 ※仲介業者を利用する場合は記入してください。

住所	〒		
業者名			
担当者	氏名：	⑩	所属：
連絡先	TEL：		MAIL：

3. 電位計

製造元	型式	製造番号	前回校正日 (一体校正含む)	修理履歴 (前回校正以降)	チャンネル番号 (一部の型式)

4. 校正前の点検結果 ※点検結果が許容範囲内だった項目のみ、チェックを記入してください。

点検結果の確認 (具体的な手順は「日本医学物理学会発行 電位計ガイドライン」をご参照下さい)

ゼロ点ドリフトは、電位計ガイドラインの定める点検結果の許容値以下だった

ゼロ点シフトは、同ガイドラインの定める点検結果の許容値以下だった

電荷漏れ(電荷蓄積方式のみ)は、同ガイドラインの定める点検結果の許容値以下だった

5. 電位計の輸送について

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 type="checkbox"/> 直接持込
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
	<input type="checkbox"/> 佐川急便 (記入済元払い伝票同梱*) 保険金額：0~3000万円 設定額 万円	
電位計返送先	<input type="checkbox"/> 指定返送先	<input type="checkbox"/> 電位計所有者 (担当者) <input type="checkbox"/> 仲介業者 (担当者)
	〒	TEL：

財団
使用欄

受付日

当財団では輸送中のトラブルによる電位計の故障・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。

※佐川急便で輸送保険の利用を希望される場合、「お届け先」および「ご依頼主」の両方に電位計返送先を記入した元払い伝票を同梱してください。

受付番号

6. 請求について

記載する宛名	<input type="checkbox"/> 指定宛名 <input type="checkbox"/> 電位計所有者 (事業所名) <input type="checkbox"/> 仲介業者 (業者名)
送付先	<input type="checkbox"/> 指定送付先 <input type="checkbox"/> 電位計所有者 (担当者) <input type="checkbox"/> 仲介業者 (担当者)
	〒 TEL：

校正日

見積発行

7. 連絡欄 ※その他連絡事項がある場合は記入してください。

--

原本確認

電位計単

申込書の記入要領

申込書の取扱いについて (QMD-02-002-04-004)

- 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。
- 同梱が確認できなかった場合、別途提出が必要です。
- 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位計に同梱してお送りください。申込書原本の同梱が確認できなかった場合、別途提出が必要です。尚、申込書原本には校正前点検結果の記入が必要です。
- 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。
- 校正証明書は電位計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. 電位計所有者

- 線量計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。
- 線量計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. 電位計

- 電位計欄は、電位計の製造元、型式、製造番号、前回校正日、修理履歴、測定チャンネル（一部の機種のみ）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。

4. 校正前の点検結果

- 本校正(電位計単体JCSS校正)を依頼される場合、電位計の送付前に「放射線治療用線量計に用いられる電位計のガイドライン」(日本医学物理学会発行)に沿った点検作業を実施されることを推奨します。

<校正前に行うべき点検項目>

- 1) ゼロ点ドリフト
- 2) ゼロ点シフト
- 3) 電荷漏れ(電流積算方式は対象外)

各点検手順および許容値は、同ガイドラインの「6.2. 項 製造販売事業者による電位計の点検」または「8.4. 項 ユーザーによる電位計の点検」をご参照ください。

各結果が同ガイドラインの定める許容値以下であった場合、申込書原本にチェックを入れてください。許容値を超える場合、電位計の故障や顕著な経年劣化が疑われるため、修理や買い替えをご検討下さい。同ガイドラインが参照する最小入力電流 I_{eff} および最小入力電荷 Q_{eff} は、財団HPでご確認ください。

5. 電位計の輸送について

- 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、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、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

電位計送付先[※]

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

※電離箱校正が同時にある場合は、線量計一式での送付可

記入例

QMD-02-002-04-004

分離校正
(電位計)

治療用電位計の校正申込書

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

公益財団法人 医用原子力技術研究振興財団 殿

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. 電位計所有者 ※事業所名は校正証明書に記載されます。正式名称を記入してください。

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
事業所名	公益財団法人医用原子力技術研究振興財団		
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 ※仲介業者を利用する場合は記入してください。

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
業者名	医用原子力財団		
担当者	氏名： 財団B太	所属： 技術営業部	
連絡先	TEL： 03-5645-2230	MAIL： info@antm.or.jp	

3. 電位計

製造元	型式	製造番号	前回校正日 (一体校正含む)	修理履歴 (前回校正以降)	チャンネル番号 (一部の型式)
ANTM	ANTM EM1	123	2020年4月5日	2021年1月10日	該当なし
ANTM	ANTM EM2	456	2020年4月5日	なし	Ch:1

4. 校正前の点検結果 ※点検結果が許容範囲内だった項目のみ、チェックを記入してください。

点検結果の確認 (具体的な手順は「日本医学物理学会発行 電位計ガイドライン」をご参照下さい)
<input checked="" type="checkbox"/> ゼロ点ドリフトは、電位計ガイドラインの定める点検結果の許容値以下だった
<input checked="" type="checkbox"/> ゼロ点シフトは、同ガイドラインの定める点検結果の許容値以下だった
<input checked="" type="checkbox"/> 電荷漏れ(電荷蓄積方式のみ)は、同ガイドラインの定める点検結果の許容値以下だった

5. 電位計の輸送について

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
	<input checked="" type="checkbox"/> 佐川急便 (記入済元払い伝票同梱*) 保険金額：0~3000万円	設定額 300 万円
電位計返送先	<input checked="" type="checkbox"/> 指定返送先	<input type="checkbox"/> 電位計所有者 (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位計の故障・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。

※佐川急便で輸送保険の利用を希望される場合、「お届け先」および「ご依頼主」の両方に電位計返送先を記入した元払い伝票を同梱してください。

6. 請求について

記載する宛名	<input checked="" type="checkbox"/> 指定宛名 <input type="checkbox"/> 電位計所有者 (事業所名) <input type="checkbox"/> 仲介業者 (業者名)
	理事長 財団A子
送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 指定送付先 <input type="checkbox"/> 電位計所有者 (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

7. 連絡欄 ※その他連絡事項がある場合は記入してください。

QMD-02-002-04-004

財団
使用欄

受付日

受付番号

校正日

見積発行

原本確認

電位計単