

# 개인피폭선량계 변경 신청서

해당하는 부분에 √ 표시  개인선량계 신규추가  
 개인선량계 취소  
 기관중지

접수증 여부

기관명		의료보험코드 (요양기관번호)	심평원 8자리숫자	KINS코드	원자력관계사업자만 기재 요망
주소				전화번호	
				팩스번호	

**■ 신규(추가)측정자 (개인정보 수집·이용 동의자) 기재사항** (의료인종별, 보고대상기관 “”표로 표기)

성명	주민등록번호	측정 시작일 (년,월,일)	부서명	의료직종	보고대상기관					해당 여부	
					질병관리청/보건소	한국원자력안전재단	농림축산검역본부	수시출입자	해당 없음	건강검진	종사자교육
-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>						
개인정보의 수집 및 이용에 동의함. [ (서명/인) ]-누락 시 신청불가											
-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>						
개인정보의 수집 및 이용에 동의함. [ (서명/인) ]-누락 시 신청불가											
-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>						
개인정보의 수집 및 이용에 동의함. [ (서명/인) ]-누락 시 신청불가											

◆ 의료직종(택1기록) : 의사/치과의사/진단방사선과전문의/내과전문의/신경의과전문의/방사선과레지던트/내과/방사선사/간호사/간호조무사/치과위생사/업무보조원/기타

◆ PET-CT장비 사용자는 보고대상기관에 질병관리청과 한국원자력안전재단, 두 기관에 모두 체크를 하여주시기 바랍니다

◆ 동의 확인: 날인이나 자필서명 또는 지장

☞ (종료된 개인선량계는 등기, 택배 등 종적조회가 가능한 것으로 반납하여 주시기 바랍니다)

**■ 종사자 취소 기재사항**

**■ 기관 중지 사유 기재사항 (“”표)**

구분 (퇴사, 휴직, 업무변경)	성명	생년월일	측정종료일

중지사유	<input type="checkbox"/> 폐업
	<input type="checkbox"/> 기계사용 중지
	<input type="checkbox"/> 휴업
	<input type="checkbox"/> 기타
년 월 일 종료 합니다.	

**■ 개인정보 수집·이용 동의**

1. 정보 수집·이용 기관명(의료법, 원자력안전법, 수의사법 관할기관)

보건복지부, 질병관리청, 소재지보건소, 원자력안전위원회, 한국원자력안전기술원, 한국원자력안전재단, 농림축산검역본부, 소재지 시·군·구청, 한일원자력(주).

2. 정보 수집·이용 범위와 사용목적

2.1 수집·이용 범위 : 측정기관(의료기관 명칭), 의료보험기관코드(KINS코드), 소재지, 주민등록번호, 면허정보, 측정결과, 이메일, 전화번호, FAX번호

2.2 사용목적 : 방사선 관계(작업) 종사자의 측정·결과 및 성적서 발급, 보고, 계약 및 대금결제 대한 기록유지 및 확인

상기 개인정보 수집·이용에 관하여 동의합니다.

위와 같이 개인정보의 수집 이용에 동의하며 개인피폭선량 측정 변경사항을 신청 합니다.

년 월 일

안전관리(책임)자 :

(서명/인)

**한일원자력주식회사 귀하**

☞ 개인정보수집이용난에 서명날인 후 Fax로 송부바랍니다.  
 ☞ 신청대상자가 많을 경우 별지를 사용하여 주시길 바랍니다.  
 주소 : 경기도 안양시 만안구 덕천로 45, 301(동영벤처스텔)  
 TEL : 031-443-4284(내선1번), FAX : 031-448-6863

접수번호	접수확인	승인	처리기한
HN			5일