

[개인피폭선량측정 신규신청서]

접수증 여부 (Yes / No)

신 청 인	기 관 명	의료보험코드 (요양기관번호)		심	평	원	8	자	리	숫	자
		KINS 코드		원자력관계사업자만 기재 요망							
	소 재 지	(우편번호 :)									
	착용선량계 구분	OSL	TEL				FAX				
	대 표 자 성 명				생년월일						
	안전관리책임자성명	(안전관리 책임자는 필수 착용.)			생년월일						
	전자세금계산서	담당자성명	연락처(휴대폰)		담당자 e-mail						
					@						
	측 정 기 간	년 월부터 ~									

■ 신규측정자 (개인정보 수집 · 이용 동의자) 기재사항 (보고대상기관 “☑”표로 표기)

성 명	주민등록번호	측정 시작일 (년,월,일)	부서명	의료직종	보고대상기관					해당 여부	
					질병관 리청/ 보건소	한국원 자력안 전재단	농림축산 검역본부	수시 출입자	해 사 항 없 음	건 강 검 진	종 사 자 교 육
	-				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
개인정보의 수집 및 이용에 동의함. [(서명/인)]-누락 시 신청불가					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
개인정보의 수집 및 이용에 동의함. [(서명/인)]-누락 시 신청불가					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
개인정보의 수집 및 이용에 동의함. [(서명/인)]-누락 시 신청불가					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
개인정보의 수집 및 이용에 동의함. [(서명/인)]-누락 시 신청불가					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
◆ 의료직종(택1기록) : 의사/치과의사/진단방사선과전문의/내과전문의/신경외과전문의/방사선과레이던트/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											

■ 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 및 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 측정을 신청합니다.

년 월 일

안전관리(책임)자 :

(서명/인)



한일원자력주식회사 귀하

☐ 서명날인 후 사업자등록증과 같이 FAX로 송부 바랍니다.
☐ 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	승 인	처리기한
HN			5일