

ملحق خاص بممارسة: تحتوي على مصادر مشعة مغلقة

١. معلومات حول الإطباء المتخصصين

ترفق مع الطلب نسخة عن الشهادات العلمية وعن إذن مزولة المهنة لكل منهم

نوع جهاز المراقبة	المراقبة الإشعاعية الفردية	المؤهلات	القسم/مجال العمل	الصفة الوظيفية	الاسم
	<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم				
	<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم				
	<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم				
	<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم				

٢. معلومات حول المشع الغامي / Blood Irradiator

جهاز رقم ٢	جهاز رقم ١	
		رمز الجهاز (وفق الجدول المرفق):
		اسم الجهاز:
		الموديل:
		الرقم التسلسلي للجهاز:
		الشركة الصانعة:
		بلد الصنع:
		تاريخ الصنع:
		مكان استخدام الجهاز:
		المعايير الدولية التي يتطابق معها الجهاز:
		الجهة المسؤولة عن صيانة الجهاز:

٣. معلومات عن المصادر المشعة

اسم النظير	الرقم التسلسلي	الشركة المصنعة	بلد التصنيع	عدد المصادر	النشاط الإشعاعي الأساسي Bq	النشاط الإشعاعي عند التركيب Bq

٤. أمن المصادر المشعة

- هل هناك إجراءات متبعة لديكم لأمن المصادر المشعة: نعم كلا
- الأدوات المتوفرة لدى المنشأة:
 - كاميرات مراقبة: نعم كلا
 - أقفال: نعم كلا
 - غيرها: