

ملحق خاص بممارسة: تحتوي على مصادر مشعة مغلقة

معلومات حول الخبراء المتخصصين

الأطباء

• يرجى إرفاق نسخة عن الشهادات العلمية لكل منهم وعن إذن مزاولة المهنة

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

معلومات حول المشع الغامي / Blood Irradiator

العنوان	اسم المصنع
بلد المصنع	رقم الموديل واسمه
سنة الصنع	الرقم التسلسلي

معلومات عن المصدر

عدد المصادر المركبة	نوع المصدر
النشاط الإشعاعي الأساسي Bq	رقم الموديل للمصدر
النشاط الإشعاعي عند التركيب Bq	الشركة المصنعة
	بلد التصنيع