

السيد مدير عام مركز الوقاية من الاشعاع المحترم

م/فتح عيادة اشعة خاصة

تحية طيبة ...

ارجو التفضل بالموافقة على اجراء الكشف الموقعي والمسح الاشعاعي ومنحي اجازة عمل في عيادتي الخاصة

الواقعة في محافظة حي:.....:زقاق:.....:

شارع:.....:(مستشفى/عمارة /دار):.....:الطابق:.....:

قرب (اقرب نقطة دالة) :.....:

وان الجهاز المنصوب في عيادتي هو:.....:(ثابت /متحرك):.....:

ذو منشأ:.....وذو تقنية.....ORmas:.....,Sec:.....,Ma:.....,KV.....

علماً اني طبيب:.....:

واعمل صباحاًفي.....:

ولكم الشكر والتقدير

التوقيع:

اسم الطبيب:

رقم الهوية الوظيفية:

جهة الاصدار:

تاريخ الاصدار:

التاريخ: