**เฉพาะเจ้าหน้าที่ (For official use only)**

เลขที่รับรายงาน : วันที่รับรายงาน : ชื่อผู้รับรายงาน :

Report No. Report date Receiving officer

รหัสผู้รับใบอนุญาต (Licensee ID) :
ชื่อผู้รับใบอนุญาต (Licensee’s name) :

**มีความประสงค์แจ้งรายงานผลการตรวจสอบความปลอดภัยของเครื่องกำเนิดรังสีตามใบอนุญาต (Request to inform safety inspection result of licensed radiation generator(s) as follows:)**

ใบอนุญาตเลขที่ (License No.) : ลงวันที่ (Dated) :

**ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสาร ดังต่อไปนี้ (I have provided herewith the copy of following documents)**

🞎 สำเนาเอกสารแสดงผลการตรวจสอบความปลอดภัยของเครื่องกำเนิดรังสีหรือห้องที่ติดตั้งและใช้งานเครื่องกำเนิดรังสี (Copy of the radiation generator(s) safety inspection report, or of the room where radiation generator(s) installed and used.)

🞎 สำเนาเอกสารรายงานผลการทดสอบ (ตรวจสอบคุณภาพ) ของเครื่องกำเนิดรังสี (เฉพาะเครื่องกำเนิดรังสีที่ใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์) (Copy of radiation generator(s) quality testing report (For medical radiation generator only))

**หมายเหตุ :** สำเนาเอกสารข้างต้น ต้องมีอายุไม่เกิน 1 ปี นับจากวันที่ตรวจสอบถึงวันที่ยื่นรายงาน (Remark : Copy of aforementioned documents, must be valid for not over 1 year from the testing date to the report submission date.)

**ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความในแบบรายงานผลการตรวจสอบความปลอดภัยเครื่องกำเนิดรังสีฉบับนี้เป็นความจริงและถูกต้องครบถ้วนทุกประการ (I hereby declare that the information provided in this safety inspection report are true and accurate to the best of my knowledge.)**

|  |  |
| --- | --- |
| ลายมือชื่อ (Signature)………………….……………………………………ชื่อผู้รับใบอนุญาต (Licensee’s name) (.……………………………) | ลายมือชื่อ (Signature)…………….……………………………………………ชื่อผู้รับใบอนุญาต (Licensee’s name) (.………………………………) |

.................../......................../....................

(วันที่ยื่นรายงาน (Report submission date)

***หมายเหตุ :*** *กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นกระทำการแทน ต้องแนบหนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาหลักฐานแสดงตนของผู้มอบอำนาจ
(In case of giving an authority to another to act on your behalf, a power of attorney must be submitted with a copy of the principal’s identification.)*

ผู้ประสานงาน (Point of Contact)...................................................... หมายเลขโทรศัพท์ (Phone No.)…...............................................