

セラAgX100 FAX注文書

年 月 日

日本メジフィジックス株式会社
ご注文専門FAX:0120-263472

公益社団法人日本アイソトープ協会
 医薬品・アイソトープ部 放射線源課



ご発注者 _____
 電話番号 _____
 内線 _____
 [貴注文番号: _____]

下記セラAgX100を注文します。

お手数ですがシード治療が行われる患者さん毎に、必要な数量をご記入願います。

※セラAgX100は1個単位でご注文可能です。ただし、5個入りカートリッジのご注文は患者さんお一人につき原則として最大4カートリッジ迄となります。また、1~4個入りのカートリッジは、いずれかで1カートリッジ迄となります。

ご注文いただいた合計数が9カートリッジ以上の場合は、2箱に分けてお届けさせていただきます。(1箱に8カートリッジまで収納可能)

	規格 (放射能)	セラAgX100						検定日	納入日	備考
		1個入り	2個入り	3個入り	4個入り	5個入り	20個入り			
例	11.0MBq									
	13.1MBq		1			3	4	97	11/15(金)	11/14(木)
	15.3MBq									
患者1	11.0MBq									
	13.1MBq									
	15.3MBq									
患者2	11.0MBq									
	13.1MBq									
	15.3MBq									
患者3	11.0MBq									
	13.1MBq									
	15.3MBq									
患者4	11.0MBq									
	13.1MBq									
	15.3MBq									
患者5	11.0MBq									
	13.1MBq									
	15.3MBq									
病院名 (病院コード)										
ご所属 (フリガナ) ご使用者名								電話 内線 () 印 FAX		
お届け先	〒							電話 内線 ()		
ご請求書 送付先 (ご担当者名)	〒							電話 内線 ()		
お支払責任者 ご所属 ご氏名								印		
常勤学会専門医	日本泌尿器科学会認定専門医							印		
	日本放射線腫瘍学会と日本医学放射線学会とが 共同認定する放射線治療専門医 <small>(注)</small>							印		
使用許可/届出番号								放射線取扱主任者ご氏名		
								印		

※請求書は日本アイソトープ協会から発行させていただきます。

ご注文お問合せ 電話:0120-337632

注) 放射線治療専門医制度の移行期間は、日本放射線腫瘍学会認定医又は日本医学放射線学会認定専門医(治療:二次試験合格者)