ห้องปฏิบัติการรังสีบุคคล กลุ่มรังสี
สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
88/7 หมู่ 4 ซ.ติวานนท์ 14 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี 11000
โทร. 0 2951 0000 ต่อ 99851-53, 99644, 99648 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 0048 7546
E-mail : brmd.osl@dmsc.mail.go.th, osl.dmsc.moph@gmail.com

แบบฟอร์มคำขอรับบริการแผ่นวัดรังสีโอเอสแอล

☐ **ผู้รับบริการรายใหม่ (ขอใช้ครั้งแรกและยังไม่มีรหัสสถานที่)**

☐ **ผู้รับบริการรายเดิม รหัสสถานที่.....**

- ☐ **ขอเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยด้านรังสี/ผู้ประสานงาน กรอกข้อมูลเฉพาะข้อ 3.**
- ☐ **ขอเพิ่มรายชื่อ**
- ☐ **ขอเปลี่ยนแปลงรายชื่อ** — **กรอกข้อมูลเฉพาะข้อ 4.**
- ☐ **ขอยกเลิกรายชื่อ**

รายละเอียดการให้บริการ

โปรดเลือกรายละเอียดการให้บริการโดยทำเครื่องหมาย / ลงในลงใน ☐

ลำดับที่	รายละเอียดการให้บริการ	ชนิดตัวอย่าง	อัตราค่าบำรุง (บาท)
☐ 1.	วัดรังสีบุคคล 1 ตำแหน่ง	☐ 1 ครั้ง	250
		☐ 4 ครั้ง/ปี	1,000
		☐ 12 ครั้ง/ปี	2,000
		☐ 12 ครั้ง/3ปี	2,700
		☐ 36 ครั้ง/3ปี	5,700

ลำดับที่	รายละเอียดการให้บริการ	ชนิดตัวอย่าง	อัตราค่าบำรุง (บาท)
☐ 2.	วัดรังสีบุคคล 2 ตำแหน่ง (บุคลากรปฏิบัติงานด้านฟลูออโรสโคปีหรือใช้เสื้อตะกั่ว)	☐ 1 ครั้ง	375
		☐ 4 ครั้ง/ปี	1,500
		☐ 12 ครั้ง/ปี	3,000
		☐ 12 ครั้ง/3ปี	4,200
		☐ 36 ครั้ง/3ปี	8,700
☐ 3.	วัดรังสีบุคคล 3 ตำแหน่ง (บุคลากรปฏิบัติงานด้านฟลูออโรสโคปีหรือใช้เสื้อตะกั่วและมืออยู่ในลำรังสี)	☐ 1 ครั้ง	500
		☐ 4 ครั้ง/ปี	2,000
		☐ 12 ครั้ง/ปี	4,000
		☐ 12 ครั้ง/3ปี	5,700
		☐ 36 ครั้ง/3ปี	11,700
☐ 4.	แผ่นวัดรังสีควบคุมเพื่อวัดปริมาณรังสีเฉพาะตำแหน่ง	☐ 4 ครั้ง	500
		☐ 12 ครั้ง/3ปี	1,200

1. <u>สถานที่ต้องการให้ส่งแผ่นวัดรังสีโอเอสแอล</u>

ชื่อหน่วยงาน.....

แผนก/ฝ่าย/กลุ่ม.....

อาคาร/นิคม.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

2. <u>ชนิดของเครื่องกำเนิดรังสี/แหล่งกำเนิดรังสี</u>

เครื่องกำเนิดรังสี	ชื่อเครื่อง (ยี่ห้อ)	รุ่น	ความต่างศักย์สูงสุด kV (max)	กระแสสูงสุด mA (max)

แหล่งกำเนิดรังสี	ชื่อสารกัมมันตรังสี	ความแรง (1)	ว/ด/ป (2)
สารกัมมันตรังสี			

3. สำหรับผู้ประสานงานหรือเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยด้านรังสี

ชื่อ.....

ตำแหน่ง.....แผนก/ฝ่าย.....

ชื่อหน่วยงาน ☐ เป็นที่เดียวกับให้ส่งแผ่นวัดรังสี ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

จุดประสงค์ของการนำไปใช้(3).....

รหัสงาน (4) (เลือกรหัสงานที่ใช้จากหน้าที่ 4).....

4.รายชื่อผู้รับบริการ

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล (กรุณาเขียนชื่อ-นามสกุลตัวบรรจง)	เพศ	ว/ด/ป	ปีที่เริ่มทำงานด้านรังสี	ระดับการศึกษาและสาขาการศึกษา	เลขประจำตัวประชาชน	ตำแหน่งหน้าที่	สถานที่เคยทำงานด้านรังสี	ระบุตำแหน่งที่ใช้
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

หมายเหตุ กรณีขอเปลี่ยนแปลงรายชื่อโปรดจัดทำเอกสารแยกต่างหาก

ข้าพเจ้ารับทราบเงื่อนไขขอรับบริการและยินดีปฏิบัติตาม

รวมทั้งหมด จำนวน.....ชุด

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เงื่อนไขขอรับบริการ

1. หากทำแผ่นวัดรังสีสูญหายหรือชำรุด ต้องจัดซื้อมาทดแทนให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ราคาแผ่นละ 1,000 บาท ผู้รับบริการจะถูกระงับการใช้ชั่วคราวจนกว่าจะจัดหาชุดใหม่มาทดแทนชุดที่สูญหายหรือชำรุด

2. โปรดดูข้อแนะนำการใช้แผ่นวัดรังสีโอเอสแอล

3. ห้องปฏิบัติการรังสีบุคคลขออนุญาตโทรสอบถามผู้รับบริการในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับปริมาณรังสีสูงเกินค่าที่กฎหมายกำหนด