**日本核医学会　PET撮像施設認証監査申込書（ひな形）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 監査の申込 | 監査依頼先 |  | (指定監査機関名) |
| 監査申込日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 監査を依頼する者 | 申込依頼者 | 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 連絡先 |  |
| 契約事務担当者 | 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 連絡先 |  |
| 監査を受審する施設 | 施設名 |  |
| 所在地 |  |
| 施設責任者 | 氏名 |  |
| 実務担当者 | 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 連絡先 |  |
| 監査受審の目的 | *可能な範囲で、監査受審の目的を教えて下さい* |
|  |
| 新規／更新の別 | □新規 | □更新（有効な認証の期限：　　　　　　　　　） |
| 監査対象のPET検査種目 | □11C-メチオニンを用いた脳腫瘍PET撮像 |
| □18F-FDGを用いた全身PET撮像 |
| □認知症研究のための18F-FDGを用いた脳PET撮像 |
| □アミロイドイメージング剤を用いた脳PET撮像□11C-PiB, □18F-Florbetapir, □18F-Flutemetamol, □18F-Florbetaben （薬剤をチェックして下さい） |
| 監査対象のPETカメラ | メーカー・機種名・固有番号(シリアル番号、システムナンバーなど) |
|  |
| 監査受審施設スタッフの経験 | **撮像認証教育コースの受講**； 撮像認証教育コースへ参加した経験のあるスタッフが今回の監査に対応しますか？スタッフの氏名と参加した時期を教えてください。 |
|  |
| **ファントム試験の経験**； PETカメラで自らファントム試験を行い、機器性能の評価等を行った経験があるファントムの種類について教えてください。 |
| □NEMA IEC ボディファントム　・　□ BTファントム□ホフマン3D脳ファントム　・　□円筒型プールファントム□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他監査に関する希望など（監査希望日・時期、期限など） |  |

**日本核医学会　PET撮像施設認証監査申込書（ひな形）**

申込先の指定監査機関名 ・公益財団法人先端医療振興財団

を記入ください ・株式会社マイクロン

（2016年12月現在は右記） ・国立研究開発法人 量子科学技術研究開発機構 放射線医学総合研究所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 監査の申込**記入例** | 監査依頼先 |  | (指定監査機関名) |
| 監査申込日 | 2016 | 年 | 12 | 月 | 1 | 日 |
| 監査を依頼する者 | 申込依頼者 | 氏名 | ○山　○男 |
| 所属 | ○○病院 PETセンター　放射線診療科 |
| 連絡先 | tel:XXX-XXX-XXXX e-mail:○○@mail.com |
| 契約事務担当者 | 氏名 | ○山　○太 |
| 所属 | ○○病院 PETセンター　研究開発部門研究事務課 |
| 連絡先 | tel:XXX-XXX-XXXX e-mail:○○@mail.com |
| 監査を受審する施設 | 施設名 | ○○病院 PETセンター |
| 所在地 | 〒650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町2-2PETセンター長など |
| 施設責任者 | 氏名 | ○田　○彦　(センター長) |
| 実務担当者 | 氏名 | ○谷　○子監査当日に対応をする実務窓口の方 |
| 所属 | ○○病院 PETセンター　放射線部 |
| 連絡先 | tel:XXX-XXX-XXXX e-mail:○○@mail.com |
| 監査受審の目的 | *可能な範囲で、監査受審の目的を教えて下さい* |
| PET撮像施設認証(診療用)を取得し、自施設での認知症PET検査体制を構築するため。 |
| 新規／更新の別 | ■新規 | □更新（有効な認証の期限：　　　　　　　　　） |
| 監査対象のPET検査種目 | □11C-メチオニンを用いた脳腫瘍PET撮像 |
| □18F-FDGを用いた全身PET撮像複数監査を同時に受審希望の場合は複数チェック |
| ■認知症研究のための18F-FDGを用いた脳PET撮像 |
| ■アミロイドイメージング剤を用いた脳PET撮像■11C-PiB, □18F-Florbetapir, ■18F-Flutemetamol, □18F-Florbetaben （薬剤をチェックして下さい） |
| 監査対象のPETカメラ | メーカー・機種名・固有番号(シリアル番号、システムナンバーなど) |
| △ヘルスケア　△△△△△△(シリアル番号：\*\*\*\*\*\*\*\*\*) |
| 監査受審施設スタッフの経験 | **撮像認証教育コースの受講**； 撮像認証教育コースへ参加した経験のあるスタッフが今回の監査に対応しますか？スタッフの氏名と参加した時期を教えてください。 |
| ○谷　○子（平成26年4月に参加）、○川　○也（平成26年4月に参加） |
| **ファントム試験の経験**； PETカメラで自らファントム試験を行い、機器性能の評価等を行った経験があるファントムの種類について教えてください。 |
| ■NEMA IEC ボディファントム　・　□ BTファントム□ホフマン3D脳ファントム　・　■円筒型プールファントム□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他監査に関する希望など（監査希望日・時期、期限など） | 2017年4月よりアミロイドイメージング検査体制を構築したいので、それまでに認証取得を希望します。 |