

※全ての項目をご記入ください

放射線業務従事者登録申請書
(平成 22 年度)

様式 5-1
SPring-8

提出先：(財)高輝度光科学研究センター
利用業務部

提出日：平成 年 月 日

所属組織名：

所属長役職名：

氏名：

㊟

(浸透印(シャチハタ)不可)

部署名：

担当者名：

被ばく通知書送付先

電話番号：

e-mail：

〒

住所：

ローマ字：

(男)
(女)

ユーザーカード番号：

氏名：

㊟

生年月日：西暦

年

月

日

署名または記名捺印

(浸透印(シャチハタ)不可)

所属：

注1)
(学年：)

直近の電離放射線健康診断受診日：平成

年

月

日

直近の放射線安全教育訓練実施日：平成

年

月

日

来所予定日

：平成

年

月

日

SPring-8利用歴： あり (SPring-8での従事の最終年度：平成 年度) なし

- 上記の者に対し、放射性同位元素等による放射線障害の防止に関する法律（略称：放射線障害防止法）第20条第2項に規定する放射線被ばくの測定、同第22条に規定する教育訓練、並びに労働安全衛生法第66条に規定されている電離放射線に係る健康診断を適法に実施し、その記録を保管していることを証明します。
- 上記の者は、最近の健康診断において、放射線業務に従事することに支障ありません。
- 上記の者の放射線被ばく前歴は放射線障害防止法に規定されている法令値を超えておらず、また、放射線被ばく前歴を提示するよう求められた場合、速やかに提出いたします。
- 上記の者の被ばくが放射線障害防止法に規定されている法令値の3/10を超えていないことを証明します。なお、申請後この値を超えた場合、または健康診断の結果で放射線業務に従事することが不適と判断された場合には、速やかにその旨を連絡いたします。

注2)

放射線取扱主任者

労務管理責任者

㊟

(署名または記名捺印)

(浸透印(シャチハタ)不可)

注1) 学生の方は、学年を必ず記入して下さい。(例：B4、M1、M2、D1等)

注2) 放射線取扱主任者または労務管理責任者いずれかにチェックを入れて下さい。

受入・登録部門記入欄					
登録日	理研安全管理室		JASRI安全管理室		利用業務部
	室長印	担当者印	室長印	担当者印	部長印