

【記入例：教職員】

この書類を提出する場合、別途「ガラスバッジ使用申請書」を提出する必要はありません。

放射線業務従事者登録申請書

(教職員・研究員用)

令和〇〇年3月〇〇日

室蘭工業大学長 殿

研究員の場合は、所属欄に「研究員」と記入願います。

装置名欄は、正式な使用装置名を記入願います(水平型多目的X線回折装置、湾曲IPX線回折装置、BL10XU等)。ただし、学外施設の装置を使用する場合で、現時点で装置名が分からない場合は、空欄でも構いません。

所 属 もの創造系領域

フリガナ コウダイタロウ
氏 名 工 大 太 郎 男・女

(西暦〇〇〇〇年〇〇月〇〇日生)

室蘭工業大学放射線障害予防規程第10条により放射線業務従事者として登録申請いたします。

使用する放射性同位元素の種類等について

| | | |
|------|----------------|---|
| 装置名 | 水平型多目的X線回折装置 | 放射線、放射性同位元素等の種類、量 特性X線(管電圧 40kV)、中性子線 ⁵⁷ Co 1.85GBq 2個 |
| 設置場所 | 北大アイソトープ総合センター | |
| 使用目的 | 〇〇〇〇〇〇〇〇の構造解析 | |

使用予定のものを具体的に記入願います(特性X線(使用装置の管電圧)、⁵⁷Co 1.85GBq 2個、³H 2MBq、放射光 等)。中性子線がある場合は忘れずに記入願います。

設置場所欄は、学外の場合、施設名等を記入願います(北大アイソトープ総合センター、SPRING-8、高エネルギー加速器研究機構等)。

| | | |
|---------|---------------------------------------|---|
| 使用期間 | 令和〇〇年4月1日 ~ 令和〇〇年3月31日 | |
| 経験の有無 | <input checked="" type="radio"/> 有・無 | 被ばく歴の有無 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 |
| 健康診断の有無 | 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | 線量当量 シーベルト |

使用期間欄は、使用する年度の4月1日以降の使用開始予定日から、使用年度内の月末までの間。

| | | |
|------------------------|----|-----------|
| 上記申請のとおり登録してよろしいか伺います。 | 受付 | 〇〇年〇〇月〇〇日 |
| | 登録 | 〇〇年〇〇月〇〇日 |

| | | | | | | | |
|-----|-----|------|-----|-----|-------|-------|-----|
| 学 長 | 理 事 | 事務局長 | 課 長 | 副課長 | 研究戦略係 | 研究支援係 | 主任者 |
| | | | | | | | |

| | | | | |
|-----|------|-----|-----|--|
| 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 員 | |
| | | | | |

教職員の場合、ガラスバッジ検査料及び特別健康診断料は職員厚生費から支出します。

| | | | |
|-----|-----|-----|---|
| 所 長 | 准教授 | 看護師 | 備考 |
| | | | 費用負担区分 (<input checked="" type="checkbox"/> ガラスバッジ検査料 <input checked="" type="checkbox"/> 特別健康診断料 <input checked="" type="checkbox"/> 教育訓練受講料) 費用負担者 () |

放射線業務従事者登録申請書

(教職員・研究員用)

| | |
|---|---------------------|
| 令和 年 月 日 | |
| 室蘭工業大学長 殿 | |
| 所 属 _____ | |
| フリガナ 氏 名 _____ 男・女 | |
| (西暦 年 月 日生) | |
| 室蘭工業大学放射線障害予防規程第10条により放射線業務従事者として登録申請いたします。 | |
| 使用する放射性同位元素の種類等について | |
| 装 置 名 | 放射線、放射性同位元素等の種類、量 |
| 設置場所 | |
| 使用目的 | |
| 使用期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |
| 経 験 の 有 無 | 有 ・ 無 被ばく歴の有無 有 ・ 無 |
| 健康診断の有無 | 有 ・ 無 線量当量 シーベルト |

| | | | | | | | | |
|------------------------|------|------|---|-----|-------|----------|-----|--|
| 上記申請のとおり登録してよろしいか伺います。 | | | | | 受 付 | 令和 年 月 日 | | |
| | | | | | 登 録 | 令和 年 月 日 | | |
| 学 長 | 理 事 | 事務局長 | 課 長 | 副課長 | 研究戦略係 | 研究支援係 | 主任者 | |
| 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 員 | | | | | |
| 所 長 | 准教授 | 看護師 | 備考 | | | | | |
| | | | 費用負担区分 (・ガラスバッジ検査料 ・特別健康診断料 ・教育訓練受講料) | | | | | |
| | | | 費用負担者 (_____) | | | | | |