

放射線業務従事者承認書

平成 年 月 日

大阪大学核物理研究センター 殿

機 関 名 : _____

承認者氏名 : _____ 印

承認者としての身分 : _____

放射線取扱主任者名: _____ 印

当機関において下記の者は、法令による放射線業務従事者と認めており、貴センター放射性同位元素等使用施設において、放射線業務に従事することを承認します。

記

ふりがな
氏 名: _____ ☐ 男 ☐ 女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

所属・官職(学年) : _____

業務従事予定期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日(年度を越えないこと) ☐ 新規 ☐ 継続

被ばく測定の実施: ☐ 有 ☐ 無 線量計の種類及び型式: _____

昨年度の年度被ばく線量: (実効) _____ mSv (水晶体) _____ mSv
(皮膚) _____ mSv (腹部) _____ mSv

放射線障害防止法第 23 条で定められた健康診断¹

☐ 実施 (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

放射線障害防止法第 22 条で定められた教育訓練²

☐ 実施 (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日) ☐ 免除

核物理研究センター予防規定

☐ 未 ☐ 修了

備考: _____

注1 過去 1 年以内に実施された健康診断について記入する。
健康診断の写しを提出のこと。

注2 過去 1 年以内に行われたものについて記入する。
受講証明書(様式任意)を提出のこと。
新規で核物理研究センター予防規定の未修了者については核物理研究センターにおいて管理区域立入り前に講習を行う。