放射線業務従事者承認書兼証明書

Radiation Worker Registration Form

　年　　月　　日(Year/Month/Date)

大阪大学核物理研究センター長　殿 (To the Director of RCNP)

所属機関名 (Institution)

所属長(Head of the Department)

役職名・氏名(Position/Name)　　　 　　　 　 　印

下記の者が、自(from)　　　年　 月　 日(Year/Month/Date)　至(to)　　　年 　月　 日(Year/Month/Date)の期間（年度を越えないこと）、

□ 放射線業務従事者（RI）証明欄において、放射線業務従事者と認めているため、核物理研究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。（※放射線業務従事者(RI)証明欄へ証明が必要）

I authorize the applicant to be engaged in radiation work in RCNP, certifying that the applicant is under

radiation control in our institute. (Please fill in the Certification part below.)

□ 核物理研究センターで放射線業務従事者としての管理を受けることにより、核物理研究センターにおいて放射線業務に

従事することを承認します。【派遣元機関で放射線業務に従事することがなく、主たる作業場所が大阪大学核物理研究

センターの場合に限られます】

I authorize the applicant to be engaged in radiation work in RCNP, under the radiation control in RCNP.

(It is limited to the case that the applicant will be engaged in radiation work only in RCNP.)

\*The copy of the medical examination, certification of the recent education on radiation protection,

and the record for past radiation exposure should be submitted to the RCNP radiation control office.

□ 所属機関において、電離放射線障害予防規則における放射線業務を行う労働者として認めており、大阪大学において、

エックス線等取扱業務に従事することを承認します。（※裏面エックス線作業従事者証明欄へ証明が必要）

I authorize the applicant to be engaged in the work on X-ray in Osaka University, certifying that the applicant

is controlled as the radiation worker in our institute according to the Ordinance on Prevention of

Ionizing Radiation Hazards. (Please fill in the Certification part below.)

□ 大阪大学において、核燃料物質の取扱いに従事することを承認します。

I authorize the applicant to be engaged in handling of nuclear fuel materials in Osaka University

対象者　(Applicant Information)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 性別　Gender | □M　　 　□F |
| 氏名Name |  | 生年月日Birthdate | (Year/Month/Day) |
| 電話番号Telephone |  |
| Email |  | 職名・学生Position |  |

放射線業務従事者(RI)証明欄 Certification as a radiation worker

|  |
| --- |
| 上記の者が当機関において放射線業務従事者と認めており、下記の通り健康診断・教育訓練を実施している事を証明します。  教育訓練 （前年度RCNPの従事者登録が完了している人は証明不要 (If you registered previous fiscal year, you do not need to fill in)、新規の場合は今年度もしくは前年度に実施した教育訓練受講日を記入すること）  □実施　　　年　　月　　日(Year/Month/Day)　□省略　（省略理由：　　　　　　　　　　　　　　　）  健康診断　立入前：　　年　　月　　日(Year/Month/Day) □以後1年を超えない期間ごとに実施、□異常なし  　　　　　最新　：　　年　　月　　日(Year/Month/Day)　□問診のみ　□検診実施、 □異常なし  医師名(Doctor)（最新について）：  機関名称(Institution)  放射線取扱主任者(Radiation Safety Officer)  職名・氏名(注) (Position/Name) 印 |

エックス線作業従事者証明欄　（同時にRI従事者申請を行う場合はこの欄の証明は不要です）

Certification as an X-ray worker (This is not necessary if the applicant is applying also for radiation worker.)

|  |
| --- |
| □　上記の者が当機関において放射線業務従事者と認めており、下記の通り健康診断を実施している事を証明します。（直近のものについて記入してください）  健康診断　□実施　（　　　　年　　月　　日） □異常なし  □　上記の者は、電離放射線障害予防規則で規定されている健康診断と被ばく管理を行っていないため、エックス線  等装置の外部に管理区域が存在しないよう遮へいされた装置外壁が閉じられた状態でなければエックス線等が  照射されないようなインターロックを有し、当該インターロックを容易に解除することができないような構造の  エックス線等装置のみ使用することを認めます。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　安全衛生管理業務担当者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

(注) 所属機関が放射線同位元素等使用施設でない場合は、第1種放射線取扱主任者免状を所持する放射線管理業務

担当者が証明してください。

（注意事項）

1. 放射性同位元素等の取扱従事者に申請した場合、所属機関における教育訓練の内容に関わらず、核物理研究センターの

教育訓練（再教育）を受講する必要があります。

1. 前年度、核物理研究センターにおいて放射性同位元素等の取扱業務者として登録されていない方は、大阪大学核物理

研究センター放射線障害予防規程に関する管理区域立入前の教育訓練を受講する必要があります。

1. エックス線等の取扱業務従事者に申請した場合、核物理研究センターまたは大阪大学安全衛生管理部が開催する教育

訓練を受講する必要があります（業務開始時1回のみ）。

1. 核燃料物質の取扱業務従事者に申請した場合、学内審査で承認され、毎年大阪大学安全衛生管理部が開催する教育訓練

を受講する必要があります。従事者申請から承認されるまで時間を要します。

1. 電離放射線障害予防規則に係わる被ばく管理は所属機関で行ってください。

（以下余白）