**共同利用参加申請書 兼 放射線業務従事者証明書**

**必要事項（裏面のRI証明欄の記載が必要な方はそれも含め）を全て記入し、所属長の決裁を受ける前にpdfファイルで提出してください。内容をこちらで確認後、所属長の決裁を受け、原本を提出してください。**

Application Form for a Joint User and Registration Form as a Radiation Worker

令和 　　年(Y)　 月(M) 日(D)

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

所属機関名 (Department)

 所属長 (Head of the Department)

役職名・氏名(Title/Name)
※ 印は不要ですが、必ず所属長の決裁を受けてください。
No seal is required, but please be sure to obtain the approval of your department head.

下記の申請者が大阪大学核物理研究センターの共同利用について下記の通りであることを承諾します。

I grant permission for this applicant to be involved in research at RCNP, Osaka University.

実験、研究に当たっては核物理研究センターの安全衛生に関する指示を遵守します。

なお、「学生教育研究災害傷害保険」又は同等以上の保険に加入していることを申し添えます。【大学院学生のみ】

|  |
| --- |
| Ⅰ．申請者情報 (Applicant Information) |
|  | 姓 Surname | 名 Given / First name(s) | 性別Sex※ | □男性M　　□女性F |
| フリガナ |  |  | 生年月日Date of Birth | (Y/M/D) |
| 氏名Name |  |  | 職名・学年Title/Grade |  |
| Email |  | 電話番号Telephone |  |
| 線量報告書の郵送先　Mail Address for Dose Reports　(必要であれば部屋番号も記入Include Room Number If Necessary)**期間の最終日は当該年度の最終日（3月31日）を超えないようにしてください。** |
| 〒 |
| * 被ばく管理と更衣室の鍵について、男女による違いがあるため、性別欄に記載していただく必要があります。

**研究目的の方は、網掛け部分も必ずご記入ください。**Ⅱ．共同利用参加申請欄 (Application Form for a Joint User) ※研究目的でない場合は網掛け部分の記入は必要ありません。 |
| 期間 Period | 令和　　　年(Y)　 月(M) 日(D)　～　令和　　　年(Y)　 月(M) 日(D) |
| 研究課題 Subject | **【鍵の希望】は、どちらかを選択してください。どちらも選択されない場合、平日の昼間のみ（7:30~19:30）のみの利用になります。** |
| 研究場所Place | □ RCNP（吹田）(RCNP, Suita)※※　　　 □ RCNP（豊中分室）(RCNP, Toyonaka)□ 高輝度光科学研究センター（SPring-8）　　　□ 大阪大学 J-PARC分室 (Osaka Univ. J-PARC Office) 　□ 神岡二重ベータ崩壊実験室 (Kamioka Double Bata Decay Lab.) |
| 鍵の希望 Key ※※※ | □ サイクロトロン施設　　　　　□ 本館およびサイクロトロン施設 Need Access to the Cyclotron Facility Need Access to the Main Building and the Cyclotron Facility |
| 所属機関における指導教員【学生のみ】Supervisor at Your Institution (Student Only) |  |
| 核物理研究センターでの受け入れ教職員　Contact Person at RCNP |  |
| 放射線源の利用Use of Radiation Source | 放射線管理区域の立入(注1～3)Entry to Radiation Controlled Area | □ 有(Yes)（→所属機関で放射線管理を受けている場合は裏面の証明欄を記入。□ 無(No)　If you have radiation control at your institution, fill in the certification box on the back.) |
| 線量計タイプの希望 (注4)Type of Dosimeter | □ 中性子を測定しない線量計 (I need the dosimeter without neutron measurement.) 　　　　　　　□ 中性子測定が可能な線量計 (I need the dosimeter with neutron measurement.) 　　　  |
| エックス線装置の使用 (注5)Use of the X-ray equipment | □ 有(Yes)（→RI・加速器を使用せずエックス線装置を使用する場合は裏面の証明欄を記入。□ 無(No) If you use X-ray equipment instead of RI/accelerator, fill in the certification box on the back.) |
| 核燃料物質の使用 (注6) Use of the nuclear fuel materials | □ 有(Yes)（→本学規程による教育訓練の受講が毎年度必要。□ 無(No)　Education and training in accordance with University regulations is required every fiscal year.) |

**【注意】４項目に関して、どちらにもチェックがされていない場合は、「無」および「中性子を測定しない線量計」を選択しているとみなします。**

※※　RCNP（吹田）は本館とサイクロトロン施設（リングサイクロトロン棟、AVFサイクロトロン棟、RI棟）を指します。

※※※　夜間休日に建物に入る必要がある方は、ICカードもしくは指紋により解錠できるように設定することが可能です。年度ごとに

更新を行っていますので、年度が替わるたびにこの申請書を提出しないと鍵は無効になります。
なお、放射線業務従事者に登録されている場合、従事者としての条件を満たさなくなると、玄関等の鍵も開かなくなります。

その後も夜間休日に建物へ入る予定がある方は、放射線管理室（サイクロトロン施設）または庶務係（本館）に申告して下さい。

Ⅲ．放射線業務従事者証明書（Registration Form as a Radiation Worker）

放射線業務従事者(RI)証明欄 (Certification as a Radiation Worker)

|  |
| --- |
| 申請者が当機関において、下記の通り、教育訓練・健康診断を実施している事を証明します。**【最新の健康診断】が＜問診のみ＞の場合は、【立入前】の欄に、RCNPの放射線管理区域に立入る前の最新の＜全項目の検診＞についての記載が必要です。**教育訓練　（前年度RCNPの従事者登録が完了している方は、証明不要です。新規の方のみ、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してください。）□実施　　 　年　 　月　 　日 □省略（省略理由：　 　　　 　　　　　　　　 　）健康診断　立入前(全項目の検診)(注7)：　 　年　 　月　 　日 □異常なし　　　　　医師名：　　　　　最新(１年以内に限る）：　 　年　　 月 　　日 （□問診のみ　□全項目の検診）、 □異常なし(注8)　　　　　医師名： |
| 機関名称　　　　　　　　　　　　　　放射線取扱主任者　職名・氏名※ 印 |

※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下さい。

エックス線作業従事者証明欄 (Certification as a X-ray Worker) （同時にRI従事者申請を行う場合はこの欄の証明は不要）(注6)

|  |
| --- |
| □　申請者が当機関においてエックス線作業に従事する者と認めており、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□　申請者は、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。

(注2) 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。

(注3) 核物理研究センターでは共同利用者にも線量計を配布していますので、所属先から線量計を持って来た場合で

も、併せて着用していただく必要があります。

線量計の準備の都合上、実験の日程が決まり次第、放射線管理室宛に連絡下さい。

外部被ばく線量報告書は、本人および所属機関宛にそれぞれ一部ずつ送付します。

(注4) 241Am-Be等の中性子源を使用して中性子による外部被ばくの恐れがある場合、または外部施設を利用してその

施設から中性子測定可能な線量計の持参を求められる場合は、中性子測定が可能な線量計を選んでください。

(注5) 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）。

(注6) 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。

(注7) 立入前健康診断とは、放射線障害防止法施行規則第22条第1項第6号が定める検査（血液検査、皮膚）を含んだ

全項目の検診を指します。最新の健康診断が問診のみの場合は必ず記入してください。

(注8) 健康診断の結果に異常がある場合は、該当する健康診断の結果（放射線業務従事可と医師により記載されている

こと）のコピーを本証明書とともに提出してください。

（以上）

**共同利用参加申請書 兼 放射線業務従事者証明書**

Application Form for a Joint User and Registration Form as a Radiation Worker

令和 　　年(Y)　 月(M) 日(D)

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

所属機関名 (Department)

 所属長 (Head of the Department)

役職名・氏名(Title/Name)
※ 印は不要ですが、必ず所属長の決裁を受けてください。
No seal is required, but please be sure to obtain the approval of your department head.

下記の申請者が大阪大学核物理研究センターの共同利用について下記の通りであることを承諾します。

I grant permission for this applicant to be involved in research at RCNP, Osaka University.

実験、研究に当たっては核物理研究センターの安全衛生に関する指示を遵守します。

なお、「学生教育研究災害傷害保険」又は同等以上の保険に加入していることを申し添えます。【大学院学生のみ】

|  |
| --- |
| Ⅰ．申請者情報 (Applicant Information) |
|  | 姓 Surname | 名 Given / First name(s) | 性別Sex※ | □男性M　　□女性F |
| フリガナ |  |  | 生年月日Date of Birth | (Y/M/D) |
| 氏名Name |  |  | 職名・学年Title/Grade |  |
| Email |  | 電話番号Telephone |  |
| 線量報告書の郵送先　Mail Address for Dose Reports　(必要であれば部屋番号も記入Include Room Number If Necessary) |
| 〒 |
| * 被ばく管理と更衣室の鍵について、男女による違いがあるため、性別欄に記載していただく必要があります。

Ⅱ．共同利用参加申請欄 (Application Form for a Joint User) ※研究目的でない場合は網掛け部分の記入は必要ありません。 |
| 期間 Period | 令和　　　年(Y)　 月(M) 日(D)　～　令和　　　年(Y)　 月(M) 日(D) |
| 研究課題 Subject |  |
| 研究場所Place | □ RCNP（吹田）(RCNP, Suita)※※　　　 □ RCNP（豊中分室）(RCNP, Toyonaka)□ 高輝度光科学研究センター（SPring-8）　　　□ 大阪大学 J-PARC分室 (Osaka Univ. J-PARC Office) 　□ 神岡二重ベータ崩壊実験室 (Kamioka Double Bata Decay Lab.) |
| 鍵の希望 Key ※※※ | □ サイクロトロン施設　　　　　□ 本館およびサイクロトロン施設 Need Access to the Cyclotron Facility Need Access to the Main Building and the Cyclotron Facility |
| 所属機関における指導教員【学生のみ】Supervisor at Your Institution (Student Only) |  |
| 核物理研究センターでの受け入れ教職員　Contact Person at RCNP |  |
| 放射線源の利用Use of Radiation Source | 放射線管理区域の立入(注1～3)Entry to Radiation Controlled Area | □ 有(Yes)（→所属機関で放射線管理を受けている場合は裏面の証明欄を記入。□ 無(No)　If you have radiation control at your institution, fill in the certification box on the back.) |
| 線量計タイプの希望 (注4)Type of Dosimeter | □ 中性子を測定しない線量計 (I need the dosimeter without neutron measurement.) 　　　　　　　□ 中性子測定が可能な線量計 (I need the dosimeter with neutron measurement.) 　　　  |
| エックス線装置の使用 (注5)Use of the X-ray equipment | □ 有(Yes)（→RI・加速器を使用せずエックス線装置を使用する場合は裏面の証明欄を記入。□ 無(No) If you use X-ray equipment instead of RI/accelerator, fill in the certification box on the back.) |
| 核燃料物質の使用 (注6) Use of the nuclear fuel materials | □ 有(Yes)（→本学規程による教育訓練の受講が毎年度必要。□ 無(No)　Education and training in accordance with University regulations is required every fiscal year.) |

※※　RCNP（吹田）は本館とサイクロトロン施設（リングサイクロトロン棟、AVFサイクロトロン棟、RI棟）を指します。

※※※　夜間休日に建物に入る必要がある方は、ICカードもしくは指紋により解錠できるように設定することが可能です。年度ごとに

更新を行っていますので、年度が替わるたびにこの申請書を提出しないと鍵は無効になります。
なお、放射線業務従事者に登録されている場合、従事者としての条件を満たさなくなると、玄関等の鍵も開かなくなります。

その後も夜間休日に建物へ入る予定がある方は、放射線管理室（サイクロトロン施設）または庶務係（本館）に申告して下さい。

Ⅲ．放射線業務従事者証明書（Registration Form as a Radiation Worker）

放射線業務従事者(RI)証明欄 (Certification as a Radiation Worker)

|  |
| --- |
| 申請者が当機関において、下記の通り、教育訓練・健康診断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方は、証明不要です。新規の方のみ、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してください。）□実施　　 　年　 　月　 　日 □省略（省略理由：　 　　　 　　　　　　　　 　）健康診断　立入前(全項目の検診)(注7)：　 　年　 　月　 　日 □異常なし　　　　　医師名：　　　　　最新(１年以内に限る）：　 　年　　 月 　　日 （□問診のみ　□全項目の検診）、 □異常なし(注8)　　　　　医師名： |
| 機関名称　　　　　　　　　　　　　　放射線取扱主任者　職名・氏名※ 印 |

※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下さい。

エックス線作業従事者証明欄 (Certification as a X-ray Worker) （同時にRI従事者申請を行う場合はこの欄の証明は不要）(注6)

|  |
| --- |
| □　申請者が当機関においてエックス線作業に従事する者と認めており、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□　申請者は、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。

(注2) 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。

(注3) 核物理研究センターでは共同利用者にも線量計を配布していますので、所属先から線量計を持って来た場合で

も、併せて着用していただく必要があります。

線量計の準備の都合上、実験の日程が決まり次第、放射線管理室宛に連絡下さい。

外部被ばく線量報告書は、本人および所属機関宛にそれぞれ一部ずつ送付します。

(注4) 241Am-Be等の中性子源を使用して中性子による外部被ばくの恐れがある場合、または外部施設を利用してその

施設から中性子測定可能な線量計の持参を求められる場合は、中性子測定が可能な線量計を選んでください。

(注5) 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）。

(注6) 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。

(注7) 立入前健康診断とは、放射線障害防止法施行規則第22条第1項第6号が定める検査（血液検査、皮膚）を含んだ

全項目の検診を指します。最新の健康診断が問診のみの場合は必ず記入してください。

(注8) 健康診断の結果に異常がある場合は、該当する健康診断の結果（放射線業務従事可と医師により記載されている

こと）のコピーを本証明書とともに提出してください。

（以上）