2024.02.01 改定

放射線業務従事者登録申請書

(Radiation Worker Registration form for RCNP staffs)

　　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)

　　　　職名・学年（Title / Grade）

氏名(Name)

大阪大学放射性同位元素取扱者登録実施要項に従い、令和６年度（2024年度）に核物理研究センター放射線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申請します。

In accordance with the Osaka University Radioisotope Handler Registration Implementation Guidelines, I hereby apply to engage in radiation work at RCNP in JFY 2024.

＜申請者情報 (Applicant Information)＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓　Surname | 名　Given / First Name(s) | 性 別 Sex　※1 | □男 (M)　・　□女 (F) |
| フリガナ |  |  | 生年月日Date of Birth | 年(Y)　 月(M) 日(D)　 |
| 氏名Name |  |  | 内線番号Extention |  |
| 指導担当教員 Supervisor ※2 |  |
| email |  |

※1 被ばく管理上記載が必要 For radiation exposure control purposes, it is necessary to fill in the sex.

※2 身分が学生・協同研究員の場合のみ記入 Fill in only if your status is student or cooperative researcher.

|  |  |
| --- | --- |
| 区　分Category | □ RI・加速器 (RI, accelerators)　　　　　□ 核燃料物質 (nuclear fuel materials)□ X線 (X-rays)　(　□管理区域への立入有(with entry to controlled area)　) |
| 学内 他RI施設の利用Use of Other RI Facilities on Campus | □ 医・保 (health)　　　　　□ 医・病 (hospital)　　　　　□ 歯・病 (dent. hospital)　　□ 工 (eng.)　　　　□ 微研 (RIMD)　　　　□ 産研 (ISIR) 　　　 □ 蛋白 (IPR)　□ レーザー (ILE)　　　　　□ 超高 (UHVEM)　　　　　　□ 生命 (Frontier Bio.)□ RI吹田 (RIC-Suita)　　 □ RI豊中 (RIC-Toyonaka)　　□ 自由電子レーザー (FEL) |

＜前年度（年度途中の申請の場合は今年度）の登録状況 (Registration Status for the Previous Year)＞
(If the application is made in the middle of this fiscal year, fill in the registration status for this fiscal year.))

|  |
| --- |
| □ 核物理研究センターで登録 (I was registered at RCNP.)□ 大阪大学他部局で登録 (I was registered at the other department of Osaka University)□ 学外の国内機関で登録 (I was registered at a domestic institution outside of Osaka University.)→裏面の①放射線業務従事者証明欄への証明が必要 (Certification ① on the back is required.)□ 国外機関で登録 (I was registered with an overseas institution.)→裏面の②放射線業務従事者証明欄への証明が必要 (Certification ② on the back is required.) □ 登録なし (I had no registration in the previous year.)　→　教育訓練と健康診断が必要 ( Education and training, and health surveillance are required.) |

 裏面へ続く(continue to the back)

＜線量計のタイプの希望 Type of Dosimeter（Luminess Badge）＞

□中性子を測定しない線量計でよい ( I need the dosimeter without neutron measurement.)

□中性子測定が可能な線量計の発行を希望する ( I need the dosimeter with neutron measurement.)

※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。

If you use a neutron source such as 241Am-Be and there is a risk of external exposure due to neutrons, or if you use an external facility and the facility requires you to bring a dosimeter that can measure neutrons, select a dosimeter that can measure neutrons.

＜線量計の配布場所の希望　Place of Dosimeter（Luminess Badge）＞

□ AVF 1F the entrance of the controlled area 　□ AVF 1F Radiation Control Office　□ Main Building 4F

□ Main Building 6F □ Toyonaka □ J-PARC　 □ SPring-8　 □ Tohoku Univ. □ Kamioka

□ Other ( )

※線量計のタイプや配布場所の変更、中止/復活の希望があれば、年度途中であっても放射線管理室にご連絡ください。

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

以下は、前年度、RCNP以外で登録されていた方のみ、元の所属機関の放射線取扱主任者により証明を受けてください。

The following must be certified by Radiation Safety Officer of your former institution only if you were registered outside of RCNP in the previous year.

1. 放射線業務従事者証明欄 (Certification as a Radiation Worker by the Previous Year's Affiliation )

|  |
| --- |
| 上記の者が、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た事を証明します。教育訓練：　□実施　（ 　　年　　月　 　日）　□省略（省略理由：　　　　　　　 　　　　　 　　 　　）（今年度または前年度のものについて記入してください。）健康診断： 立入前（全項目の検診）： 　　 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　　 |

※所属機関が放射性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。

1. Certification as a Radiation Worker by the Radiation Safety Officer of the Previous Institution

|  |
| --- |
| I hereby certify that the applicant has received education and training and health surveillance at this institution as follows.1. Recent Education and Training on Radiation Protection

(The date must be within the previous or current Japanese fiscal year “from April 1 to March 31 of the following year”.)　Date:　 (Y/M/D)　1. Recent Health Surveillance　( The date must be within a year of registration.)

Date:　 (Y/M/D), □ no apparent abnormalities, Physician's Name:　  Institution: 　 　 Radiation Safety Officer (Signature): 　 　 |