**放 射 線 業 務 従 事 者 登 録 申 請 書**

**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。**

【記入例：教職員】

（教職員・研究員用）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和〇〇年３月○○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IP X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○○○○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 | 水平型多目的Ｘ線回析装置 | | | 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  57Co　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  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）。 | ○○○○○○○○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。** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 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 | | 有　・　無 | 被ばく歴の有無　　　　　　有　・　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。 | |
| 健康診断の有無 | | 有　・　無 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | 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　　~~・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（　　　　　　　） | | | | | | |
|  | |  |  |

**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  　　線量当量　　　　　　　　シーベルト | |
| 健康診断の有無 | | 有　・　無 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（　　　　　　　　） | | | | | | |
|  | |  |  |