**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：学生】

（学生用）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和〇〇年３月○○日  　　室蘭工業大学長　　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当教員　　○○　○○  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　　○○○○工学専攻　　　　　学　生  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学　　年：博士前期課程１年  学籍番号：○○○  　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。  使用する年度の**４月１日現在の学年**を記入願います。 | | | | |
| 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です。 | |
| 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 |  | | | 学生の場合の費用負担者(教員名等)を記入願います。 |  |  |
|  |  | |  |  |  | | |  |  |  |
| 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**

（学生用）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　年　　月　　日  　　室蘭工業大学長　　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当教員  　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学　　年：  学籍番号：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 課長補佐 | | | 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（　　　　　　　　） | | | | | | |
|  | |  |  |