

放射線業務従事者証明書 及び 所外における放射線作業承認

東北大学電子光理学研究センター 長 殿

平成 年 月 日

機関名
(部局)

機関の長 又は
放射線取扱主任者

印

下記の者が当機関(部局)における放射線業務従事者であることの証明 及び 東北大学電子光理学研究センターで放射線作業に従事することを承認いたします。

尚、次の事項について申し添えます。

- (1) 下記の者の放射線作業については、貴事業所の放射線取扱主任者の指示に従わせます。
- (2) 下記の者の被ばく管理等については、当方において記録 及び 保管を行います。
- (3) 下記の者の被ばく、健康診断、教育訓練の内容を裏面に記します。

記

ふりがな			生年月日 (西暦)	
氏 名			年 月 日	
			性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
所 属			職名・学年	
連絡先	電話 :	E-mail :		
放射線作業予定期間				
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
放射線作業内容 (該当するものに✓、複数可)				
<input type="checkbox"/> 加速器 <input type="checkbox"/> 密封R I <input type="checkbox"/> 非密封R I <input type="checkbox"/> その他		その他コメント		
携帯する被ばく線量当量測定器の種類 (該当するものに✓、複数可)				
<input type="checkbox"/> X線用 <input type="checkbox"/> X, γ, β線用 <input type="checkbox"/> X, γ, β, 中性子線用 <input type="checkbox"/> その他 ()				

(裏面あり)

1) 被ばく歴 (平成 年 月 日 現在)

期 間	実効線量	等 価 線 量		
		皮膚	水晶体	その他 ()
今年度	mSv	mSv	mSv	mSv
前年度から過去4年間の 実効線量	mSv			

2) 最新の健康診断 (放射線障害防止法第 23 条で定められた健康診断)

電離放射線健康診断の記録について以下に記入する。または記録のコピーを添付すること。

実施年月日	年 月 日
医療機関名及び医師名	
健康診断の結果 (異常の有無)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
健康診断の結果に基づいて講じた措置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

3) 教育訓練 (放射線障害防止法第 22 条で定められた教育訓練) ^{注1)}

教育訓練の種類と受講年月日	教育訓練名	教育の項目 (実施したものに✓)			
		1	2	3	4
初めて管理区域に立ち入る前 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
所属機関における最新の教育訓練 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
教育の項目 1. 放射線の人体に与える影響 2. 放射性同位元素等又は放射線発生装置の安全取り扱い 3. 放射性同位元素及び放射線発生装置による放射線障害の防止に関する法令 4. 放射線障害予防規程					
備考					

注 1)

(1) 教育訓練を省略した場合は理由を備考欄に記載のこと。

(2) 「最新の教育訓練」は過去1年以内に受講した教育訓練について記入すること。