

平成27年度放射線業務従事者登録申請書兼放射線作業従事承諾書

平成27年4月1日

九州シンクロトロン光研究センター所長 様

所属機関名： 佐賀光源株式会社 開発事業部

職名

氏名

代表者名： 開発事業部長 佐賀 太郎

印

下記の者の、放射線業務従事者の登録を申請します。

(フリガナ)	ハガクレ シンクロウ	生年 月日	1986年3月6日	性別	男
氏名 署名または記名捺印	葉隠 真九郎				
所属	新素材開発課	職名(学生の場合は学年)	主任技師		
利用歴	<input type="checkbox"/> あり(九州シンクロトロン光研究センターでの最終従事年度：平成 年度) <input checked="" type="checkbox"/> なし				

- 上記の者に対し、放射性同位元素等による放射線障害の防止に関する法律（昭和32年、法律第167号）第20条第2項の規定に基づく放射線被ばくの測定、同第22条に規定に基づく教育訓練、並びに労働安全衛生法第66条（学生等は放射性同位元素等による放射線障害の防止に関する法律第23条）の規定に基づく健康診断を以下に示す通り適法に実施し、その記録を保管していることを証明します。
- 上記の者の被ばくが放射線障害防止法に規定されている法令値を超えていないことを証明します。なお、申請後にこの法令値の3/10を超える被ばくがあった場合、または健康診断の結果で放射線業務に従事することが不適と判断された場合には、速やかにその旨を連絡致します。また、放射線被ばく前歴を提示するよう求められた場合、速やかに提出致します。
- 上記の者は、九州シンクロトロン光研究センターにおいて、本年度放射線業務に従事することを承諾します。

放射線取扱主任者（署名または記名捺印）

新素材開発課長 基山 耕作

印

放射線取扱主任者を選任していない事業所では、労務管理責任者とし、役職名を必ず併記

直近の電離放射線健康診断	受診日(実験予定日前8か月以内、学生は1年未満)	平成26年12月15日
	受診医療機関名	医療法人 やよいがおか病院
所属機関等で実施した直近の放射線安全教育訓練	実施日(実験予定日前1年未満)	平成26年12月22日
	実施した教育訓練の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 新規・ <input type="checkbox"/> 再教育
	科目・時間	放射線の人体に与える影響 (0.5時間) 放射性同位元素等または放射線発生装置の安全取扱い (4時間) 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 (1時間) 放射線障害予防規程 (0.5時間)
	省略理由(省略した場合)	例：放射線発生装置の取り扱いに十分な経験があり、当該科目について十分な知識を有するため ※新規の場合は、教育訓練の科目・時間の省略はできません。

連絡担当者（放射線管理または労務管理部署；被ばく通知書送付先となります）

部署名： 総務部勤労課

担当者名： 鳥栖 一郎

電話番号：

E-mail：

住所：〒

