

全ての項目をご記入ください。

放射線業務従事者登録申請書
(平成 年度)

様式 5-1NS
NewSUBARU

財団法人高輝度光科学研究センター
安全管理室長 殿

提出日：平成 年 月 日

(提出先：財団法人高輝度光科学研究センター利用業務部)

所属組織名：

所属長：(役職名)

(氏名)

印

所属長：作業者がSPring-8にて業務を行うことを認める者

下記の者の放射線業務従事者登録を申請します。

ローマ字：

男

ユーザーカード番号：

氏名：

印

女

生年月日：西暦 年 月 日

署名または記名捺印

所属：

(注1 学年：)

注2) 放射線安全教育訓練実施日 平成 年 月 日
(来所予定日前1年未満)

注2) 電離放射線健康診断受診日 平成 年 月 日
(来所予定日前8ヵ月以内。学生は1年未満)

注2) 来所予定日 平成 年 月 日

ニュースバル利用歴：□あり (ニュースバルでの従事最終年度：平成 年度) □なし

注1) 学生の方は、学年を必ず記入してください。(例：B4、M1、M2、D1等)

注2) 来所予定延期等で電離健診、教育訓練日が所定の期日を経過した場合、申請が無効となる場合があります。

- 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第22条に規定されている教育訓練を実施していることを証明します。
- 上記の者に対し、労働安全衛生法第66条を適法に実施し、電離放射線に係る健康診断の記録を保管しています。但し、上記の者が学生の場合、放射線障害防止法施行規則第22条に規定されている電離放射線健康診断を同法令に定める期間の通り実施し、その記録を保管しています。
- 上記の者の放射線被ばく前歴は放射線障害防止法に規定されている法令値を超えておらず又、放射線被ばく前歴の提示を求められた場合、速やかに提出します。
- 上記の者の放射線被ばくが当該申請時及び申請後において放射線障害防止法に規定されている法令値の3/10を超える場合及び、健康診断により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します。

※放射線取扱主任者

(※役職・氏名)

印

署名または記名捺印 ※作業者所属機関に放射線取扱主任者不在時は、労務管理の責任者相当者とし、役職名を必ず併記

被ばく通知書送付先 (作業者所属機関の放射線管理部署/労務管理部署)

部署名：

担当者名：

電話番号：

e-mail：

住所 〒 _____

登録日

受入・登録部門記入欄		
JASRI 安全管理室		利用業務部
室長	担当	部長