

■ 放射線業務従事者登録申請書 様式 5-1 記入要領

SPring-8 の放射光を利用される方は、年度(4月～翌年3月)毎に SPring-8 での**放射線業務従事者**の登録が必要です。本様式の**郵送による提出(来所 10 日前迄に必着。コピー等不可。)**と SPring-8 安全講習(SPring-8 の放射線障害予防規程教育)受講により登録が完了します。**同一年度内の再利用時は提出の必要はありません。**年度途中で所属機関の変更等があった場合は、**速やかに旧所属から放射線業務従事者終了書(様式 5-2)**を提出してください。その後の利用の際は、**新所属から様式 5-1 の提出が必要**です。**なお、本様式による登録が完了しないと実験できませんので、ご注意ください。**

1. 記入項目について

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 5-1
SPring-8

独立行政法人理化学研究所播磨研究所
安全管理室長 殿
(提出先: 財団法人高輝度光科学研究センター利用業務部)

提出日: 平成 年 月 日

所属組織名:

所属長:(役職名)

(氏名)

印

放射線業務従事者登録を申請します。

所属長 作業者が SPring-8 にて業務を行うことを認める者

肩書き必須。
所属組織として作業
者が SPring-8 で作業
を行う事を認める事が
できる者(例:課長、
学部長・分野長)

☐男
☐女

ユーザーカード番号:

生年月日: 西暦 年 月 日

(注1 学年:)

注2 放射線安全教育訓練実施日 (来所予定日前1年未満) 平成 年 月 日

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

注2 来所予定日 平成 年 月 日

SPring-8 利用歴: ☐あり (SPring-8 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。

SPring-8安全講習(SPring-8の
放射線障害予防規程教育)を受講
可能な予定日。

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
施します。
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。
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
し、その記録を保管しています。

※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				
理研播磨安全管理室		JASRI 安全管理室		利用業務部
室長	担当	室長	担当	部長

独立行政法人 理化学研究所播磨研究所

放射線安全教育訓練実施日

放射性同位元素等による放射線障害の防止に
関する法律に定められた放射線の取り扱いに関す
る教育(同法施行規則第21条の2第1項第4号イ
ロハ)を受講した日を記入してください。実施日は
来所予定日前1年未満である必要があります。**予定
日は不可です。**SPring-8安全講習受講日ではあり
ませんのでご注意ください。

来所延期等により放射線安全教育訓練日から1
年を経過した場合、申請が無効となる場合があり
ます。

所属機関が許可届出使用者等であって、申請者
が当該教育訓練項目について十分な**知識及び技
能**を有している場合は、当該教育を省略できる場
合があります。所属機関にてご確認ください。省略
された場合は実施日に**省略日**を記入してください。

所属機関で教育訓練を受講出来ない場合は安
全教育訓練実施機関等(最後の参考を参照)を利
用して受講してください。

電離放射線健康診断受診日

法律に定められた電離放射線健康診断項目(以
下参照)を医療機関等で受診し、医師による**診断
結果を所属機関にて確認後**、受診日を記入してく
ださい(問診のみの受診も含む)。**受診日**は、来所予
定日前8ヶ月以内(但し、学生等は1年未満)である
必要があります。**予定日は不可です。**

来所延期等により電離放射線健康診断受診日
から8ヶ月を超えた場合、申請が無効となる場合が
あります。

(参考)電離放射線健康診断項目

- 1) **問診**: 被ばく歴の有無、自覚症状の有無の調査
及びその評価
- 2) **血液検査**: 血色素量又はヘマトクリット値、赤血
球数、白血球数及び白血球百分率
- 3) **皮膚の検査**
- 4) **白内障に関する眼の検査**

注) 医師の判断によって問診以外の項目は省略可
能な場合があります。所属機関にてご確認ください。

放射線取扱主任者署名欄

所属組織に放射線取扱主任者が不在の場合は、作
業者の被ばく管理、放射線教育、電離放射線健康
診断の結果を管理している部署の責任者の署名ま
たは、記名捺印をお願いします。その場合は、役職
名が必須です。

2. 記入上の注意

前項①～③の項目は下表を参考に記入してください。

雇用関係等		様式5-1 記載事項		
SPring-8 今年度利用歴	日本の所属機関 での雇用関係	① 健康診断	② 教育訓練	③ 署名
有		様式5-1 提出不要		
無	有 (会社員等)	8ヶ月*以内に受診した 健康診断受診日	一年を超えない 期間に受講した 教育訓練の受講日	放射線取扱主任者(相当) または 労務管理責任者(相当)
	無 (学生、外国機関 所属者等)	1年*以内に受診した 健康診断受診日		

注) 各期限は、登録日(来所予定日を目安)から遡った日数としています。