

放射線業務従事者登録申請書

令和 年 月 日

学術支援センター（重信地区）

放射性同位元素施設長 殿

申請者

所属・職名

ふりがな

氏名

印

生年月日 昭和・平成 年 月 日

職員証番号(13桁)

(学生あるいは学外者の場合)

関係教員氏名

印

愛媛大学学術支援センター（重信地区）放射線障害予防規程第14条第1項の規定により、下記のとおり放射線業務従事者の登録を申請します。

記

1. 登録種別 新規 ・ 再登録 ・ 更新
※ 該当する□に「✓」印を記入してください。

2. 放射性同位元素等の種類

非密封放射性同位元素

【健康診断・被ばく歴】

(健康診断書と被ばく歴調査書を基に、総合所見を記入してもらってください。)

検査日 令和 年 月 日

総合所見 _____

医師名 _____ 印

【教育訓練】 令和 年 月 日

【登録許可】 令和 年 月 日

健康診断書

所属・職名：

氏名：

生年月日： 昭和・平成 年 月 日 男・女

1. 血液検査

検査結果を記入又は添付(氏名・日付が明記されたものに限る)してください。

血色素量	HGB		
赤血球数	RBC		
白血球数	WBC		
白血球百分率	リンパ球	LYMPH	%
	単球	MONO	%
	好中球	NEUT	%
	好酸球	EO	%
	好塩基球	BASO	%

検査日 令和 年 月 日

所見 _____

医師名 _____ 印

2. 皮膚検査

検査日 令和 年 月 日

所見 _____

医師名 _____ 印

3. 眼検査

検査日 令和 年 月 日

所見 _____

医師名 _____ 印

4. その他

被ばく歴調査書

所属・職名：

氏 名：

生年月日： 昭和・平成 年 月 日 男・女

1. 過去の放射線業務従事の有無 有 ・ 無

(「有」の場合は、以下2～4を記入してください。)

2. 過去の従事時の状況 (最新のものから順に記入してください。)

従事期間	従事場所	従事内容
平成 年 月～ 平成 年 月(ヶ月)		
平成 年 月～ 平成 年 月(ヶ月)		
平成 年 月～ 平成 年 月(ヶ月)		
平成 年 月～ 平成 年 月(ヶ月)		
平成 年 月～ 平成 年 月(ヶ月)		
平成 年 月～ 平成 年 月(ヶ月)		
平成 年 月～ 平成 年 月(ヶ月)		

3. 放射線障害の有無

有 (症状：) ・ 無

4. 被ばくの状況

最新の被ばく量を確認できる書類 (被ばく線量測定報告書等) を添付してください。