

【記入例：学生】

この書類を提出する場合、別途「ガラスバッジ使用申請書」を提出する必要はありません。

放射線業務従事者登録申請書

(学生用)

室蘭工業大学長 殿		令和〇〇年3月〇〇日					
<p>装置名欄は、正式な使用装置名を記入願います（水平型多目的X線回折装置、湾曲IPX線回折装置、BL10XU等）。ただし、学外施設の装置を使用する場合で、現時点で装置名が分からない場合は、空欄でも構いません。</p>		担当教員	〇〇 〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 押印願います。				
		所属	〇〇〇〇工学専攻 学生 学年：博士前期課程1年 学籍番号：〇〇〇				
		フリガナ氏名	コウダイタロウ <input checked="" type="checkbox"/> 工 大 大 郎 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 男・女 (西暦〇〇〇〇年〇〇月〇〇日生)				
室蘭工業大学放射線障害予防規程第10条により放射線業務従事者として登録申請いたします。							
使用する放射性同位元素の種類等について		使用する年度の4月1日現在の学年を記入願います。					
装置名	水平型多目的X線回折装置	放射線、放射性同位元素等の種類、量					
設置場所	北大アイソトープ総合センター	特性X線(管電圧40kV)、中性子線 ⁵⁷ Co 1.85GBq 2個					
使用目的	〇〇〇〇〇〇〇〇の構造解析						
設置場所欄は、学外の場合、施設名等を記入願います（北大アイソトープ総合センター、SPRING-8、高エネルギー加速器研究機構等）。		使用予定のものを具体的に記入願います（特性X線(使用装置の管電圧)、 ⁵⁷ Co 1.85GBq 2個、 ³ H 2MBq、放射光等）。中性子線がある場合は忘れずに記入願います。					
使用期間	令和〇〇年4月1日 ~ 令和〇〇年3月31日						
経験の有無	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	被ばく歴の有無	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無				
健康診断の有無	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	線量当量	シーベルト				
上記申請のとおり登録してよろしいか伺います。		受付	使用期間欄は、使用する年度の4月1日以降の使用開始予定日から、使用年度内の月末までの間です。				
		登録					
学 長	理 事	事務局長	課 長	副課長	研究戦略係	研究支援係	主任者
課 長		課長補佐	係 長	係 員	学生の場合の費用負担者(教員名等)を記入願います。		
所 長	准教授	看護師	備考				
		費用負担区分		<ul style="list-style-type: none"> ・ガラスバッジ検査料 ・特別健康診断料 ・教育訓練受講料 			
		費用負担者		(〇〇〇〇)			

放射線業務従事者登録申請書

（学生用）

令和 年 月 日	
室蘭工業大学長 殿	
担当教員 _____ ㊟	
所属 _____	
学 年： 学籍番号：	
フリガナ _____ ㊟ 男・女	
氏 名 _____ (西暦 年 月 日生)	
室蘭工業大学放射線障害予防規程第10条により放射線業務従事者として登録申請いたします。	
使用する放射性同位元素の種類等について	
装置名	放射線、放射性同位元素等の種類、量
設置場所	
使用目的	
使用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
経験の有無	有 ・ 無
健康診断の有無	有 ・ 無
被ばく歴の有無 有 ・ 無	
線量当量 シーベルト	

上記申請のとおり登録してよろしいか伺います。					受 付	令和 年 月 日		
					登 録	令和 年 月 日		
学 長	理 事	事務局長	課 長	課長補佐	研究戦略係	研究支援係	主任者	
_____ <hr/>								
課 長	課長補佐	係 長	係 員					
_____ <hr/>								
所 長	准 教授	看 護 師	備考					
_____ <hr/>			費用負担区分 (<ul style="list-style-type: none"> ・ガラスバッジ検査料 ・特別健康診断料 ・教育訓練受講料)					
_____ <hr/>			費用負担者 (_____)					