

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)

令和〇〇年3月〇〇日

室蘭工業大学長 殿

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。

担当教員 〇〇 〇〇

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 コウダイタロウ
 氏名 工 大 太 郎 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 特性X線(管電圧40kV)、中性子線 57Co 1.85GBq 2個
設置場所	北大アイソトープ総合センター	
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)、57Co 1.85GBq 2個、3H 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="radio"/> 無	被ばく歴の有無 有・ <input checked="" type="radio"/> 無
健康診断の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	線量当量 シーベルト

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。

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	

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 (・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 _____	
氏 名 _____ 男・女	
(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	
課 長	課長補佐	係 長	係 員					
所 長	准教授	看護師	備考					
			費用負担区分 (・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 (_____)					