様式１（第１５条関係）

令和　　　年　　　月　　　日

放射線業務従事者登録申請書

令和　　年度（新規　　継続）

福島大学長　殿

　管理区域内において、放射線取扱業務に従事したいので、福島大学放射線障害予防規程第15条第1項に基づき、登録を申請します。

**私は申請者本人であり、下記申請内容に間違いありません。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな  氏　名 |  | | | 性　別 | 男　　女 |
|  | | |
| 住　所 | 〒  電話 | | | | |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 資格区分 | 教員　　　職員　　　院生　　　学生  その他（　　　　　　　　　　　　）  ※院生・学生は学生証の写しを添付すること | | | | |
| 所属・職名、学籍番号等 | 所属：  職名： | | 学籍番号：  所属研究室： | | |
| e-mail |  | | | | |
| 使用責任者  （申請者と同じ  場合は不要） | 所属・職名 | ・ | | | | |
| ふりがな  氏　名 |  | | | | |
|  | | | | |
| e-mail |  | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| 立入管理区  域事業所名 |  | | | | | |
| 使用する  施設名 | 電話 | | | | | |
| その他 | 使用する装置名、線源名、放射線核種等が分かっている場合は、できるだけ詳細な情報を記入ください。  例：スプリング8、ベータトロン、中性子線、コバルト60、○○MBqのβ線源など | | | | | |
| ※係記入欄 | 特殊検診  実施日（　　　年　　月　　日）  確認日（　　　年　　月　　日） | | 放射線教育  実施日（　　　年　　月　　日）  実施者： | | | |