## 放射線業務従事者証明及び放射線作業承認書

西暦 年 月 日

東北大学医学部 放射線取扱主任者 殿

機関名	(部局)
機関長	
放射線	取扱主任者氏名印

下記の者が当機関(部局)における放射線業務従事者であることの証明及び、東北大学医学部 RIセンターで放射線作業に従事することを承認致します。

なお、次の事項について申し添えます。

- (1) 下記の者の放射線作業については、貴事業所の放射線取扱主任者の指示に従わせます。
- (2) 下記の者の健康診断及び被ばく管理については、当方において記録及び保管を行います。
- (3) 下記の者の被ばく、健康診断、教育訓練の内容を別紙に記します。

## 記

所属	《分!	野名	氏	名	性別	生	年	月	田	身	分	RI	双扱経験	<b>倹年数</b>	放射線取	扱者手	・帳の登	録番号
						西暦												
					男∙女		年	月	B					年				
															西暦			
			入所前(初めて	管理区域(	二立入る前)							受請	年 )	月日		年	月	В
教育	教育訓練														年	月	В	
															西暦			
			入所後(藤)	等、最近の	)教育訓練)							受	講 年	月日		年	月	В

所属分野名	氏 名	性別	生	年	月	日	身	分	RI取扱約	圣験年数	放射線取	₹扱者手	帳の登	録番号
		男-女	西暦	年	月	日				年				
	入所前(初めて管理区域)	こ立入る前)		·					受講生	手月日	西暦	年	月	В
教育訓練	入所後(再教育等、最近	の教育訓練)							受講生	手月日	西暦	年	Я	В

東北大学医学部RIセンター における放射線作業予定期間	西暦	年	月 F	∃ ~	年	月	日
放射線作業内容							
携帯する個人被ばく 線量測定器の種類 備 考	カ゛ラスハ	ັ	木。ケット線量計	, TLD,	その他(		)

## 另小糸氏

被ばく歴及び健康診断				(西暦			年	月		日現在)				
氏	. 名						所 属	分!	野 名				T	
被		実	効	<del> </del>	線	量	等		価	線				考
ば							皮		曺	水	晶	体		
<	前年度					mSv		1	mSv			mSv		
歴	今年度					mSv		1	mSv			mSv		
健		受	診	年	月	日	医師	名	(健	診の	機関	名)	健診	結果
康	入所前(注1)													
診		問診	>											
断	入所後(注2)	検査又は検討	3											
		問診	\$											
	入所後(注2,3)	検査又は検討	<u>}</u>											

- 注1. 新規の放射線業務従事者は管理区域に立入る前に、入所前健康診断を必ず受診すること が必要です。なお、健康診断は過去6ヶ月以内について記入してください。
- 注2. 問診を受け、医師が必要であると判断した場合に限り、検査又は検診を行う。
- 注3. 継続登録者に関しては前期、後期の2回分記入すること

被(	ばくり	<u></u>	及て	乄侹	生层	更言	<u> 多断</u>	(西暦	Ì		年	<u>月</u>		日現在	()	
氏	; 名							所属	分	野名						
被			実	対	ל	線	里里	等		価	線		皇 里		Ė	考
ば								皮		膚	水	晶	体			
<	前年度						mSv			mSv			mSv			
歴	今年度						mSv			mSv			mSv			
健			受	診	年	月	日	医師	名	(健	診の	機関	名)	健	診結	果
康	入所前(注)	1)														
診			問言	<b></b>												
断	入所後(注2	2)	検査又は検	診												
			問言	彡			·	_		•	•	•			•	
	入所後(注2	2,3)	検査又は検	_												

- 注1. 新規の放射線業務従事者は管理区域に立入る前に、入所前健康診断を必ず受診することが必要です。なお、健康診断は過去6ヶ月以内について記入してください。
- 注2. 問診を受け、医師が必要であると判断した場合に限り、検査又は検診を行う。
- 注3. 継続登録者に関しては前期、後期の2回分記入すること

## 1枚に両面印刷してください。