

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)
機関長又は
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	生年月日	身分	RI取扱経験年数	放射線取扱者手帳の登録番号
		男・女	西暦 年 月 日		年	
教育訓練	入所前 (初めて管理区域に立入る前)				受講年月日	西暦 年 月 日 年 月 日
	入所後 (再教育等、最近の教育訓練)				受講年月日	西暦 年 月 日

所属分野名	氏名	性別	生年月日	身分	RI取扱経験年数	放射線取扱者手帳の登録番号
		男・女	西暦 年 月 日		年	
教育訓練	入所前 (初めて管理区域に立入る前)				受講年月日	西暦 年 月 日
	入所後 (再教育等、最近の教育訓練)				受講年月日	西暦 年 月 日

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 日 ~ 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	ガラスバッジ、ポケット線量計、TLD、その他()
備考	

別紙

被ばく歴及び健康診断 (西暦 年 月 日現在)

氏 名		所属分野名					
被ばく歴		実効線量		等価線量		備考	
				皮膚	水晶体		
	前年度	mSv		mSv	mSv		
	今年度	mSv		mSv	mSv		
健康診断		受診年月日		医師名 (健診の機関名)		健診結果	
	入所前(注1)						
	入所後(注2)	問診					
		検査又は検診					
入所後(注2,3)	問診						
	検査又は検診						

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

被ばく歴及び健康診断 (西暦 年 月 日現在)

氏 名		所属分野名					
被ばく歴		実効線量		等価線量		備考	
				皮膚	水晶体		
	前年度	mSv		mSv	mSv		
	今年度	mSv		mSv	mSv		
健康診断		受診年月日		医師名 (健診の機関名)		健診結果	
	入所前(注1)						
	入所後(注2)	問診					
		検査又は検診					
入所後(注2,3)	問診						
	検査又は検診						

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。