

東北大学医学部ラジオアイソトープセンター使用許可申請書

西暦 年 月 日

東北大学医学部ラジオアイソトープセンター長

東北大学医学部放射線取扱主任者

殿

現場責任者

㊞

下記により、医学部ラジオアイソトープセンターを使用したいので許可願います。
 なお、許可のうえは、放射線障害の防止に関する諸規程及び許可に付せられた条件を遵守し違反した際には、委員会の指定する措置に従います。

記

実験題目

実験者		氏 名	分 野 名	電 話	職 名	*メールアドレス	
	現場責任者						
	研究従事者						
	//						
	//						
	//						

*現場責任者と研究従事者の代表の方だけでよいです。

実験計画	実験期間	自西暦 年 月 日 至 年 月 日							
	実験材料					動物実験の種類及び匹数			
取扱う放射性同位元素の核種、化合物及び数量	核種	化合物名	一日最大 使用数量	実験期間 中の総量	核種	化合物名	一日最大 使用数量	実験期間 中の総量	
実験方法									
使用予定の測定機器									

使用する室の名称 (○で囲む)	1階 液体シンチレーション測定室、ガンマー線測定室
	2階 計量測定室、洗浄室、貯蔵室、暗室
	3階 低レベル第1、低レベル第2、動物実験室、ラベリング室、細菌培養室、高レベル実験室、クロマト室、組織化学実験室、低温室、廃棄物保管室

許可の条件		センター長及び 医学部主任者印
-------	--	--------------------