

エックス線装置取扱者登録申請書

令和 年 月 日

原爆後障害医療研究所長 殿

所属・職名  
ふりがな  
氏 名 (印)  
性 別 男 ・ 女  
生年月日 年 月 日

長崎大学原爆後障害医療研究所研究教育用エックス線装置放射線障害防止規程第6条第1項の規定に基づき、エックス線装置取扱者として登録を申請します。

記

1 放射性同位元素等の業務従事者としての登録事項

登録の有無(有・無)  
有の場合 登録番号  
使用施設

2 放射線安全取扱いに関する事項

講習会受講(講習会名: ) (平成・令和 年 月 日)  
医師, 歯科医師免許取得(医師・歯科医師) (平成・令和 年 月 日)  
放射線取扱主任者免状取得(第 種) (平成・令和 年 月 日)  
診療放射線技師免許取得 (平成・令和 年 月 日)  
エックス線作業主任者免許取得 (平成・令和 年 月 日)

.....以下事務用欄.....

原爆後障害医療研究所							申請者所属		
所長	事務部長	学術協力課長	課長補佐	主管係長	主管係員	被曝管理責任者	部局長	主管係	被曝管理責任者

登録年月日 令和 年 月 日

X	W								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

※被曝管理責任者は、「放射線利用者の電離放射線健康診断実施方法に関する要領」に定める放射線被ばく管理責任者をいう。