記入例

医学部保健学科エックス線発生装置　取扱者登録申請カ

助教以上の場合は、記入不要です。
学術研究員等は、記入が必要です。

○○○○　年度	取扱施設部局長		エックス線取扱主任者		指導教員・受入教員等氏名（教員は記入不要）	○○　○○　印

新 規	ふりがな	○○　○○○	所　　属	医学系学府　○○○○学			
	氏　　名	○○　○○○ （旧姓：　　）	生 年 月 日	XXXX年XX月XX日	性　別	男	身　分	大学院生
			所属講座等連絡先	☎：○○○○　　Mail：○○○○@s.kyushu-u.ac.jp			

取扱施設名	医学部保健学科	登録番号	ー

新規登録の場合は、記入不要です。

装置名称	ガラスバッジ	1日平均使用時間	年間使用日数	研究・業務の内容
診断用X線装置	要	1	20	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

【新規登録の場合】
・申請カード提出時に未受講の場合は、記入不要です。
・放射性物質取扱者講習会については、開催地区も選んでください。
・受講免除の場合は、事前に免除条件を事務に確認のうえ、免除理由を証明する書類を添付ください。

【登録更新の場合】
・「登録更新」にチェックしてください。

教育訓練

（西暦）　XXXX年XX月XX日　受講

□第　　回　X線取扱者講習会

■第○○　回　放射性物質取扱者講習会
（伊都地区・病院地区・箱崎地区・Moodle）

□受講免除（免除理由：　　）

□登録更新：X線発生装置のみ取扱うため再教育訓練不要

健康

問		
血液		
眼		
問　診	年　月　日	有・無
血液・皮膚	年　月　日	有・無
眼	年　月　日	有・無

予防規程講習会

（西暦）　年　月　日 受講

□医学部保健学科教育訓練（予防規程・取扱説明）

□受講免除（医学部保健学科の所定単位修得済み）

特記事項：他の取扱施設の登録状況　□　登録なし　■　登録あり（※登録施設を下に記入）

■RIセンター（病院・伊都）　■病院　□生医研（□X線 □RI）　□その他学内（　　）□学外（　　）

上記の登録を行うことに同意します。
年　　月　　日

所属部局長　　印