

放射性同位元素等およびX線発生装置取扱者登録申請カード (記入例)

○○○○ 年度	取扱施設部局長	放射線 取扱主任者	講座責任者等 氏名	印
---------	---------	--------------	--------------	---

新規 更新	ふりがな	○○○	所 属	○○○○	新規登録日	○○○○年 ○○ 月	○○ 日	
	氏 名	○○ ○○	生 年 月 日	○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	性 別	男・女	身 分	
		(旧姓:)	所属講座等連絡先	☎: 内線	Mail:	○○○○@○○○○		

取扱施設名	九州大学病院別府病院			登録番号	記入不要				
種 類	カプスハッチ	月平均使用時間	装置等(例)	研究・業務の内容					
<input type="checkbox"/> 放射性同位元素			<input type="checkbox"/> 非密封 核種名:	年間使用時間:	研究用				
<input type="checkbox"/> 放射線発生装置 (高エネルギーX線発生装置)	<input type="checkbox"/> NS + 不		"不均等"使用者 は"FX"にも✓を 入れてください。		各装置の使用時間を合算して ご記入下さい。		業務上携わる装置全てに✓を入れ		
<input checked="" type="checkbox"/> X線発生装置	<input checked="" type="checkbox"/> FX (プロテクター 使用者含む)	<input checked="" type="checkbox"/> 不均等 (プロテクター 使用者のみ)	○時間	<input type="checkbox"/> X線撮影・CT撮影装置・マンモグラフィ装置・ 骨密度測定装置(搬送含む)	<input type="checkbox"/> X線透視装置	<input type="checkbox"/> 血管造影装置	診療用		
			○時間	<input type="checkbox"/> 動物実験用X線照射装置(M-150WE)		研究用			
教育訓練履歴	受講年月日	受講項目	時間数	実施場所	健康診断	省略	受診年月日	異常の有無	
	(西暦)				問 診	省	年 月 日	有・無	
	年 月 日				血液・皮膚	<input type="checkbox"/>	年 月 日	有・無	
					眼	<input type="checkbox"/>	年 月 日	有・無	
別府病院放射線障害 予防規程講習会	(西暦)				問 診	省	年 月 日	有・無	
	年 月 日				血液・皮膚	<input type="checkbox"/>	年 月 日	有・無	
					眼	<input type="checkbox"/>	年 月 日	有・無	

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