

九州大学病院 エックス線発生装置・放射性同位元素等取扱者登録申請カード (記入例)

令和〇〇 年度	新規または更新を選択ください。	取扱施設 部署局長	放射線取扱 主任者	講座責任者等 氏名	〇〇 〇〇 〇〇 印
---------	-----------------	--------------	--------------	--------------	-------------------

新規 更新	ふりがな	〇〇 〇〇	所 属	〇〇〇〇		
	氏 名	〇〇 〇〇〇 (旧姓:)	生 年 月 日	XXXX 年 XX 月 XX 日	性 別	男 女
		〇〇〇	身 分	〇〇〇		
		所属講座等連絡先	☎ : 〇〇〇〇	Mail : 〇〇〇〇@m.kyushu-u.ac.jp		

取扱施設名	九州大学病院			登録番号	-		
G B 種 別	装置名称・使用場所等	使用核種	年間使用量	1日平均 使用時間	年間使用 日数	研究・業務の内容	線種
<input checked="" type="checkbox"/>	FX <small>・病院〇階〇〇〇〇室 ・〇〇用X線発生装置 等</small>	新規登録の場合は記入不要です。	〇GBq	〇時間	〇日	診療のため	X線
<input type="checkbox"/>	装置名称・使用場所等 <small>〇階〇〇〇〇室 ・〇〇用X線発生装置 等</small>	装置名称・使用場所等、使用核種については該当するものを記入ください。	使用核種を記入	〇GBq	〇時間	診療のため	X線・γ線・β線
<input type="checkbox"/>	NS <small>・リニアック ・サイクロトロン ・サイバーナイフ 等</small>	使用核種を記入	〇GBq	〇時間	〇日	診療のため	X線・γ線・β線・中性子
<input type="checkbox"/> JQ(リング)左右なし <input type="checkbox"/> JQ(リング)左手用 <input type="checkbox"/> JQ(リング)右手用 <input checked="" type="checkbox"/> 不均等		※JQ(リング)及び不均等バッジが必要な場合はチェックを入れて下さい。					

使用するガラスバッジの種別にチェックを入れて下さい。
X線のみ・・・FX
放射性同位元素取扱有り
・・・FSまたはNX

これより下部分は記入不要です。

JQリング、不均等バッジが必要となる場合のみチェックを入れて下さい。
JQリングを希望する場合は、右手用、左手用の希望があれば選択してください。希望がなければ左右なしを選択してください。

教育訓練及び予防規程講習会 (西暦) 年 月 日 受講	健康診断	受 診 年 月 日	有 無	備 考
<input type="checkbox"/> X線取扱者講習会+予防規程講習会	問 診	年 月 日	有・無	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">これより下部分は記入不要です。</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;">JQリング、不均等バッジが必要となる場合のみチェックを入れて下さい。 JQリングを希望する場合は、右手用、左手用の希望があれば選択してください。希望がなければ左右なしを選択してください。</div>
<input type="checkbox"/> 放射性物質取扱者講習会+予防規程講習会	血液・皮膚	年 月 日	有・無	
<input type="checkbox"/> 登録更新：X線発生装置のみ取扱うため再教育訓練不要	眼	年 月 日	有・無	
<input type="checkbox"/> 登録更新（R I 取扱）：再教育訓練受講（受講日上記）	問 診	年 月 日	有・無	
<input type="checkbox"/> 放射性物質取扱者講習会のみ（ 年 月 日 受講）	血液・皮膚	年 月 日	有・無	
<input type="checkbox"/> 予防規程講習会のみ（ 年 月 日 受講）	眼	年 月 日	有・無	
				※特記事項

上記の登録を行うことに同意します。

年 月 日

所属部署局長

印