

2020 年度

放射性同位元素等取扱者登録申請書

講座責任者等氏名		印		支出財源		<input type="checkbox"/> 授業料/自己収入 <input type="checkbox"/> その他()				
取扱施設部局長		放射線取扱主任者		登録料等支払責任者		印				
所管コード		左欄の「登録料等支払責任者」の所管コードを記入してください。								
新規	ふりがな	所属	生年月日	年	月	日	性別	男・女	身分	Mail :
<input checked="" type="checkbox"/>	新規を選択	上位の所属階層から順に正確に記入すること。 (例) 学生: ~学部~学科~講座 院生: ~学府~専攻~研究室 職員: ~研究院~部門~								
取扱施設名	アイソトープ			登録番号	2	5	-	0		
種別	使用核種	年間使用量	年間使用日数	月平均使用時間	使用の目的	使用の方法	使用する設備・機器			
<input checked="" type="checkbox"/> 非密封RI	^3H	100kBq	20	5h	○×研究	トレーサー				
<input type="checkbox"/> 密封RI							「新規」登録のときはRIセンターで登録番号を発番するので記入しないこと			
<input checked="" type="checkbox"/> 学外施設利用	学外利用先の施設: SPring-8									

教育訓練履歴	受講年月日・実施機関	受講項目・時間数
第 回	(西暦) 年 月 日	放射線の基礎 90分
放射性物質等取扱者講習会【新規教育】	その他(大学)	人体影響 60分
第 回	(西暦) 年 月 日	放射線
一部受講【新規教育】	アイソトープ総合安全管理センター(九州大学)	選択ミスはdeleteキーでキャンセル、記載内容はセルをダブルクリックして編集可
第 回	(西暦) 年 月 日	放射線障害予防規程60分
【予防規程講習会】	アイソトープ総合センター伊都地区実験室(規程講習会)	左欄で【予防規程講習会】を選択した場合は【アイソトープ総合センター伊都地区実験室(規程講習会)】を選択すること

電離放射線健康診断の受診歴(直近1年以内)

内容等	受診年月日	異常の有無	備考
問診	年 月 日	有・無	
血液・皮膚		有・無	
眼		有・無	
問診	年 月 日	有・無	
血液・皮膚	年 月 日	有・無	
眼	年 月 日	有・無	

受診歴等: この個所はRIセンターで管理するので未記入。

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

2020 年度

放射性同位元素等取扱者登録申請書

講座責任者等氏名		印		支出財源		<input type="checkbox"/> 授業料/自己収入 <input type="checkbox"/> その他()	
取扱施設部局長	放射線取扱主任者	登録料等支払責任者	印		所管コード		
更新 「更新」を選択		ふりがな	所属	新年度からの所属を記入すること			
名		生年月日	年	月	日	性別	身分
(旧姓:)		所属講座等連絡先	☎:	新年度からの身分を記入すること。 (B4→M1、学生→職員など身分変更がある場合に注意)			
取扱施設名	アイソトープ総合センター			登録番号	2	5	- 0
種別	使用核種	年間使用量	使用目的	使用の方法	使用する設備・機器		
<input type="checkbox"/> 非密封RI					取扱者手帳に貼ってあるシール番号などを参照して記入すること。但し、理→工など所属部局の変更、または学生(院生)→職員の身分変更があるときは空欄としておく。		
<input checked="" type="checkbox"/> 密封RI	57Co	37MBq	30	24	○×の実験		
<input checked="" type="checkbox"/> 学外施設利用	学外利用先の施設:		○×大学放射線施設				

教育訓練履歴	受講年月日(実)	受講項目・時間数
第 回	(西暦) 年 月 日	改正等)60分
登録更新講習【再教育】	アイソトープ総合センター伊都地区実験室(規程講習会)	
第 回	(西暦) 年 月 日	
		「再教育(法改正等)」を選択
第 回	月 日	
		「登録更新講習【再教育】」を選択する。 ※新規教育、一部受講および予防規程講習会は選択しなくてよい。

電離放射線健康診断の受診歴(直近1年以内)

内容等	受診年月日	異常の有無	備考
問診	年 月 日	有・無	
血液・皮膚		・無	
眼		・無	
問診	年 月 日	有・無	
血液・皮膚	年 月 日	有・無	
眼	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