

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	(旧姓:)	生 年 月 日	○○○○年○○月○○日	性 別	男・女
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	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。			
<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 <input checked="" type="checkbox"/> 手術室Cアーム		業務上携わる装置全てに✓を入れ			
		○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) 年 月 日				問 診	血液・皮膚	年 月 日	有・無
						眼	年 月 日	有・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