

エックス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	エックス線取扱主任者	講座責任者等氏名 ○○ ○○ 印
----	---------	------------	------------------

新規 or 更新	ふりがな	○○○○ ○○○	所 属	○○○				
	氏 名	○○ ○○ (旧姓：)	生 年 月 日	1 9 ○ ○ 年 ○ 月 ○ ○ 日	性 別	男 ・ 女	身 分	○○○
				所属講座等連絡先	☎ : ○○○○-○○○○ Mail : ○○@○○.ac.jp			

取扱施設名	カーボンニュートラル・エネルギー国際研究所			登録番号	-			
種 別	ガラス バッヂ	1日使用時間	装置名称	定格電 圧・電流	設置場所	使用の目的及び方法	研究・業務の内容	使用する設備・機器 (X線装置以外)
<input checked="" type="checkbox"/>	有	5h	全自動X線回折システム	45kV・200mA	I2CNER I棟201室	材料分析	試料の分析	天秤 密度計
<input type="checkbox"/>	有		全自動多目的X線回折装置	50kV・40mA	I2CNER I棟210室			
<input type="checkbox"/>	有		多機能X線回折装置	60kV	I2CNER II棟102室			

教育訓練履歴	受講年月日・実施機関	受講項目・時間数	健康診断	受診年月日	異常の有無	備 考
第 ○ 回 X線取扱者講習会(伊都)	(西暦) 20XX年○月○日	エックス線取扱の基礎、関係法令 120分	問 診	20XX年○月○日	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	※受診ありの場合のみ
	(西暦) アイントープ統合安全管理センター(九州大学)		血液・皮膚	20XX年○月○日	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
			眼	20XX年○月○日	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
第 回	(西暦) 年 月 日		問 診	年 月 日	有・無	※受診ありの場合のみ
			血液・皮膚	年 月 日	有・無	
			眼	年 月 日	有・無	
第 回	(西暦) 年 月 日		I ² CNER放射線障害予防規程講習会 (西暦) 20XX年○月○日 <input type="checkbox"/> 受講確認		特記事項	

上記の登録を行うことに同意します。
年 月 日

所属部局長

印