

【記入例】

* 赤太枠内のみご記入ください

エックス線発生装置取扱者登録申請カード

年度	取扱施設部局長	エックス線取扱主任者
----	---------	------------

「新規」or「更新」
を選択してください。

新規	ふりがな	所 属	生 年 月 日	性 別	男・女	身 分
更新	氏 名	(旧姓:)	所 属 講 座 等 連 絡 先	内 線 :	Mail :	

登録番号：
 <新規の場合>
 記入は不要です。
 <更新の場合>
 放射性同位元素等取扱者
 手帳の8-9ページに記載さ
 れた当該施設の登録番号を
 記入してください。

取扱施設名	伊都診療所	登録番号															
種 別	ガラスバッジ	週平均使用時間	装置		研究・業務の内容												
■	エックス線発生装置	○FY・JQ・不均等	X'sy Pro EFX versionA UD125P-C-PRO		診療用												

受講年月日：
 教育訓練、予防規程講習会
 の受講証を確認し、受講日を
 記入してください。
 * 教育訓練の受講前に申請
 カードを登録する場合は、
 空欄のままです。

教育訓練履歴	受講年月日・実施機関	受講項目	健康診断	受診年月日	異常の有無	備 考
第 回	(西暦) 年 月 日	・ X線及びX線発生装置の安全取扱い ・ 電離放射線の生体に与える影響 ・ 法令関係	問 診	年 月 日	有・無	
X線取扱者講習会(伊都)	アイトープ統合安全管理センター(九州大学)		血液・皮膚	年 月 日	有・無	
第 回	(西暦) 年 月 日	・ 放射線障害予防規程	問 診	年 月 日	有・無	
放射線障害予防規程等講習会	伊都診療所		血液・皮膚	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

所属部局長

印