

※ 申請者は太枠線内の項目について記入のこと

西暦

2021
年度

新規 更新
(囲って選択)

放射性同位元素等取扱者登録申請カード

施設名：アイソトープ総合センター病院地区実験室

ふりがな					登録番号						
氏名					所属						
(旧姓：)					身分 [
生年月日		西暦 年 月 日		性別	男・女		所属講座等連絡先 ☎：		Mail：		
種別	使用核種	年間使用数量/ 1日平均使用時間	年間使用日数	使用の目的、方法もしくは研究・業務の内容							
非密封放射性同位元素 <small>(下限数量以下の密封線源の使用予定があれば、備考欄に線源の種類等を記入すること)</small>	3 H	0.05	10	核酸、タンパク質の標識を行うトレーサ実験、酵素活性の測定、免疫染色、酵素免疫測定法を用いて各種細胞活性を調べる							
	14 C	0.05	20								
	32 P	37	60								
	35 S	72	30								
	51 Cr	0.5	20								
	125 I	0.05	20								
<p>学外施設の利用予定があれば（学外施設に登録後は、当施設アイソトープ総合センター病院地区実験室の管理室に必ずご連絡下さい。）</p> <p>学外事業所・施設名： spring-8(兵庫県, 理研の施設) (放射線発生装置（電子ビーム使用）)</p>											

当施設は、非密封RIのみの取扱施設ですので、法令改正により、オールマイティの教育でなくとも登録できるようになりましたが、学外の施設を利用される場合、それに応じた付加的教育を実施したいと思います。放射線発生装置の使用、密封RIの取扱を予定の場合は、その旨ご記入ください。種別が不明の場合には、参考となる情報（使用する装置名、作業や実験内容等）をお書きください。

直近の新規・再教育訓練もしくは登録の参考となる教育受講の情報

教育訓練名称等	受講年月日・実施機関	備考
放射性物質取扱講習会	西暦 2020 年 5 月 10 日 アイソトープ総合センター 病院地区実験室	

学生院生等身分が職員でない場合、指導教員の承認が必要です。

講座責任者等氏名

印

電離放射線健康診断の受診歴等（直近1年以内）

内容等	受診年月日			異常の有無	備考（受診機関名等も）
問診	西暦	年	月 日	有・無	
血液・皮膚	西暦	年	月 日	有・無	
目	西暦	年	月 日	有・無	
問診	西暦	年	月 日	有・無	
血液・皮膚	西暦	年	月 日	有・無	
目	西暦	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 氏名

印

アイソトープ統合安全管理センター長承認欄 印

取扱施設放射線取扱主任者登録同意欄 印