

2026 年度

放射性同位元素等取扱者登録申請書

取扱施設 部署局長	提出後、センターで押印	線取扱 主任者	提出後、センターで押印	責任者等 氏名	印	登録料等支 払責任者	財源と所管コード等 は、別紙の「登録管理 申請書」に記入すること	印
--------------	-------------	------------	-------------	------------	---	---------------	--	---

新規	「新規」を選択	所 属	学生証等に記載されている正 式なもの
氏 名	生 年 月 日	年 月 日	性 別 男・女 身 分
所属講座等連絡先		☎ :	Mail :

取扱施設名	アイソトープ総合センター伊都地区実験室			登録番号	登録の際に、センターで記入する ので、未記入。		
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 type="checkbox"/>	非密封RI						
<input type="checkbox"/>	密封RI						
<input type="checkbox"/>	学外施設利用	学外利 用	【新規教育訓練】 ○2025年度または2026年度に受講し た もの ○回と受講年月日を記入				

教育訓練履歴	受講年月日	時間数
放射性同位元素等取扱者【新規教育訓練】	アイソトープ総合センター【九州大学】	発生装置の安全取扱 以上 影響 30分以上
【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】	放射線障害の防止に関する法令及び放射線障害予 防規程 30分以上
第 回	(西暦) 年 月 日	放射線障害予防規程60分
第 回	(西暦) 年 月 日	

電離放射線健康診断の受診歴 (直近1年以内)

内容等	受診歴等：この箇所は RIセンターで管理す るので未記入でも可。	異常の有無	備 考
問 診	年 月 日	有・無	
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

所属部署局長

印

2026 年度

放射性同位元素等取扱者登録申請書

取扱施設 部局長	提出後、センターで押印	線取扱 主任者	提出後、センターで押印	責任者等 氏名	印	登録料等支 払責任者	財源と所管コード等 は、別紙の「登録管理 申請書」に記入すること 【3月に通知】	印
-------------	-------------	------------	-------------	------------	---	---------------	---	---

更新	「更新」を選択	所 属	新年度からの所属を記入すること	生年月日	年 月 日	性別	男・女	身分	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)
氏 名	(旧姓：)	講座等連絡先	☎ :	Mail :					

取扱施設名	アイソトープ	地区実験室	登録番号	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。ただし、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。			使用する設備・機器
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		
<input type="checkbox"/> 非密封RI							
<input type="checkbox"/> 密封RI							
<input type="checkbox"/> 学外施設利用	学外利用先の施設：						

教育訓練履歴	登録更新講習【再教育】	受講項目・時間数
第 回 (西)	○回数不要 ○2026年2月20日 または『新規教育訓練』 ○回数、受講年月日は各自入力。	再教育(法改正等)60分
登録更新講習【再教育】	予防規程講習会 は記入しなくてよい。	
第 回 (西)	年 月 日	
第 回 (西暦)	年 月 日	

電離放射線健康診断の受診歴 (直近1年以内)

内容等	受診等：この箇所はRIセンターで管理するので未記入でも可。	異常の有無	備 考
問 診	年 月 日	有・無	
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