エックス線発生装置取扱者登録申請カード

令和 8（2026）年度

取扱施設部局長		X線取扱主任者		講座責任者等 氏名	印

オレンジ色の箇所は入力必須項目です。

新規・更新	ふりがな	●●● ▲▲▲	所属	x学府 y専攻 z講座、※▲□センター、など									
	氏名	○○ △△	生年月日	YYYY	年	MM	月	DD	日	性別	男・女	身分	職位・学年
		（旧姓： ）	所属講座等連絡先	☎：						Mail：	aaa.bbb.123@x... （kyushu-u.ac.jpは省略可）		

新規登録の場合は記入不要です。

取扱施設名	アイソトープ統合安全管理センター実験室等	登録番号	2	5	3	2	－	X				

	種別	ガラスバッチ	1日使用時間	装置名称	設置場所	使用の目的及び方法	研究・業務の内容
■	内部管理区域型（放射線管理区域内に設置）	有	3	X線回折装置（リガク社製 MiniFlex600c）	N207室	合金の結晶構造解析	○△×材料の研究
□	内部管理区域型（放射線管理区域外に設置）	無			〈 自動入力 〉		
□	作業主任者が必要なx線発生装置	有			〈 自動入力 〉		

教育訓練
年 月 日 受講
■ 第 N 回 X線取扱者講習会
□ 第 回 放射性物質取扱講習会
□ 受講免除（免除理由： ）

アイソトープ統合安全管理センター実験室等放射線障害予防規程講習会
年 月 日 受講

新規登録者の場合は登録前に受診した健康診断について下記に記入して下さい。

健康診断条件	■ 不要 □ 必要(下記記載)								
健康診断	受診年月日							異常の有無	備考
問診	202x	年	m	月	d	日		有 ・ 無	
血液・皮膚	202x	年	m	月	d	日		有 ・ 無	
特記事項									

健診不要装置のみ使用の場合は記入不要ですが、電離則の健診履歴がある場合は記載ください。

上記の登録を行うことに同意します。

令和 年 月 日

所属部局長 印