

放射線業務従事等承認申請書

氏名		生年月日	年 Y 月 M 日 D
フリガナ		性別	男 M 女 F
e-mail		申請年月日	年 Y 月 M 日 D
派遣元における所属・身分			
埼玉大学での責任者所属			
埼玉大学での責任者氏名		印	
作業期間（年度を超えないこと）		～	年 Y 月 M 日 D 年 Y 月 M 日 D

派遣元承諾証明書

どちらかにチェックを入れること

- 当機関で放射線管理を受けていることを証明し、埼玉大学において放射線作業に従事することを承諾します。
- 埼玉大学で放射線管理を受け、埼玉大学において放射線作業に従事することを承諾します。**（派遣元機関で放射線作業に従事がなく、放射線障害防止委員会で承認を受けた者に限る）**

機関名称	
住所	
代表者職・氏名	職印
放射線取扱主任者 （または管理責任者）職・氏名	印
管理担当部署名	TEL FAX