

放射性同位元素等取扱者登録申請書

アイソトープ実験施設長 殿

学 部 ・ 研 究 科 _____

学 科 等 _____

取 扱 責 任 者 氏 名 _____

印 _____

記

このことについて、下記の者を申請しますので登録方お願いします。

職名又は 学籍番号	氏 名	放射線使用 の履歴 * 1	教育訓練 の有無 * 2	健康診断 の可否 * 2	判 定 * 2	備 考
			有 無	可 不可	可 不可	
			有 無	可 不可	可 不可	
			有 無	可 不可	可 不可	
			有 無	可 不可	可 不可	
			有 無	可 不可	可 不可	
			有 無	可 不可	可 不可	
			有 無	可 不可	可 不可	
			有 無	可 不可	可 不可	
			有 無	可 不可	可 不可	
			有 無	可 不可	可 不可	

* 1 他機関で放射線従事者として登録していて、埼玉大学において新たに従事者となる場合は放射線の履歴に記入すること (記入例: 1990/4/1-1993/3/31 理化学研究所)

* 2 記入しないこと