別紙様式１（第２関係）

神戸大学大学院海事科学研究科加速器・粒子線実験施設に派遣する

研究者・作業者の放射線業務従事に関する承諾書

（放射線業務従事者登録申請書）

 令和　　年　　月　　日

神戸大学大学院海事科学研究科長　殿

機関名

　　　〒

所在地

所属機関代表者　　　　　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　（学内公印省略）

□　放射線取扱主任者

□　労務管理責任者　　　　　　　　　 　　　印

放射線取扱主任者または労務管理責任者いずれかにチェックを入れて下さい。

研究者・作業者の連絡先：TEL

 E-Mail

下記の研究者・作業者を下記の期間派遣として，放射線業務に従事させることを承諾いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 | 職名 | 氏名（フリガナ） | 性別 | 生年月日（西暦） | 作業期間 |
|  |  |  |  |  | 年　　月　　日　～　　 　　年　　月　　日（作業期間は，原則として，当該事業年度内とする） |

過去１年間の放射線被ばく実効線量の合計　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　ｍＳｖ

健康診断での放射線作業上の異常　　　　　　　　 　　　　 異常あり　　　　　　　　異常なし

放射線教育訓練の受講　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講済み　　　　　受講していない

**１．上記派遣する研究者・作業者は，法令に定める健康診断，保健指導，教育訓練を受け，放射線業務従事者として適切であることを証明します。**

**２．上記派遣する研究者・作業者は，神戸大学大学院海事科学研究科加速器・粒子線実験施設で行う放射線発生装置の安全取扱に係る教育訓練を受講し，管理者の指示，及び神戸大学大学院海事科学研究科加速器・粒子線実験施設放射線障害予防規程に従わせます。**

**３．放射線発生装置等における放射線障害の発生を防止するための管理責任を除き，研究者・作業者における放射線障害の発生を防止するための責任は当方が負います。派遣する研究者・作業者が被ばくし治療を必要とする場合は，治療は当方の責任において行います。**

【被ばく通知書送付先】

* 上記所属機関代表者
* 上記放射線取扱主任者もしくは労務管理責任者
* 上記研究者・作業者

＜本施設使用欄＞

* その他

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 海事科学研究科長 | 加速器・粒子線実験施設長 | 放射線取扱主 任 者 |
| 印 | 印 | 印 |

住所：〒　　　－

所属：

担当者名：