別紙様式１（第２関係）

神戸大学研究基盤センター機器分析部門における

研究者・作業者のエックス線業務従事に関する承諾書

（エックス線業務従事者登録申請書）

 令和　　年　　月　　日

神戸大学研究基盤センター長　殿

機関名

　　　〒

所在地

所属機関代表者　　　　　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　（学内公印省略）

□　エックス線作業主任者

□　労務管理責任者　　　　　　　　　 　　　印

エックス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，エックス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） |

提出特殊健康診断結果の受診日（電離則は半年毎）　　　　　　 　年　　　月　 　日

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

ブロック5年間の累計被ばく量　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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，管理者の指示及び神戸大学研究基盤センター機器分析部門棟の規程に従わせます。**

**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】

* 上記エックス線作業主任者もしくは労務管理責任者
* 上記以外の管理統括部署

＜本施設使用欄＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究基盤センター長 | 機器分析部門長 | 機器分析部門エックス線作業主任 | 機器分析部門専任職員 |
| 印 | 印 | 印 | 印 |

住所：〒　　　－

所属：

担当者名：