

## (西暦) 2020 年度放射線業務従事者登録申請書兼放射線作業従事承諾書

(西暦) 2020 年 4 月 1 日

九州シンクロトロン光研究センター所長 様

所属機関名： 佐賀光源株式会社 開発事業部

職名

氏名

代表者名： 開発事業部長 佐賀 太郎

㊞

下記の者の、放射線業務従事者の登録を申請します。

(フリガナ)	ハガクレ シンクロウ	生年 月日	1986 年 3 月 6 日	性別	男
氏 名 署名または記名捺印	葉隠 真九郎	㊞			
所 属	新材料開発課	職名 (学生の場合は学年)	主任技師		
利 用 歴	<input checked="" type="checkbox"/> あり (SAGA-LS での最終従事年度 : (西暦 2019 年度)) <input type="checkbox"/> なし				

- 上記の者に対し、放射性同位元素等による放射線障害の防止に関する法律（昭和 32 年、法律第 167 号）第 20 条第 2 項の規定に基づく放射線被ばくの測定、同第 22 条に規定に基づく教育訓練、並びに労働安全衛生法第 66 条（学生等は放射性同位元素等による放射線障害の防止に関する法律第 23 条）の規定に基づく健康診断を以下に示す通り適法に実施し、その記録を保管していることを証明します。
- 上記の者の被ばくが放射線障害防止法に規定されている法令値を超えていないことを証明します。なお、申請後にこの法令値の 3/10 を超える被ばくがあった場合、または健康診断の結果で放射線業務に従事することが不適と判断された場合には、速やかにその旨を連絡致します。また、放射線被ばく前歴を提示するよう求められた場合、速やかに提出致します。
- 上記の者は、九州シンクロトロン光研究センターにおいて、本年度放射線業務に従事することを承諾します。

放射線取扱主任者（署名または記名捺印）

新素材開発課長 基山 耕作

㊞

放射線取扱主任者を選任していない事業所では、労務管理責任者とし、役職名を必ず併記

直近の電離放射線健康診断	受診日 (実験予定日前 8 か月以内、学生は 1 年未満)	(西暦) 2020 年 2 月 15 日
	受診医療機関名	医療法人 やよいがおか病院
所属機関等で実施した直近の放射線安全教育訓練	実施日 (実験予定日の前年度以内)	(西暦) 2019 年 5 月 15 日
	実施した教育訓練の種類 <input checked="" type="checkbox"/> SAGA-LS での教育訓練 <input type="checkbox"/> その他機関での教育訓練 (機関名: )	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 再教育 <input type="checkbox"/> 省略 (理由: )

被ばく通知書送付先及び連絡担当者（放射線管理または労務管理部署）

所属機関及び部署名： 佐賀光源株式会社 総務部 労務課 ※所属機関名からご記入ください

担当者名： 鳥栖 一郎 電話番号： 0952-83-0000 E-mail: tosu@saga-ls.jp

住所：〒841-\*\*\*\* 佐賀県鳥栖市弥生が丘〇〇番地-〇 ※郵便物が確実に届く住所をご記入ください

