■ 放射線業務従事者登録申請書 様式 5-1 記入要領

SPring-8/SACLA の放射光を利用される方は、年度(4月～翌年3月)毎に SPring-8/SACLA での放射線業務従事者の登録が必要です。本様式の郵送による提出(来所 10 日前迄に必着。コピー等不可。)と安全講習(播磨研究所放射線障害予防規程)受講により登録が完了します。同一年度内の再利用時は提出の必要はありません。年度途中で所属機関の変更等があった場合は、速やかに旧所属から放射線業務従事者終了書(様式 5-2)を提出してください。その後の利用の際は、新所属から様式 5-1 の提出が必要です。なお、本様式による登録が完了しないと実験できませんので、ご注意ください。

1. 記入項目について

全ての項目をご記入ください。

放射線業務従事者登録申請書
(西暦 年度) 様式 5-1

独立行政法人理化学研究所播磨研究所
安全管理室長 殿
(提出先: 公益財団法人高輝度光科学研究センター利用業務部)

提出日: 西暦 年 月 日

所属組織名: _____

所属長:(役職名) _____ (氏名) _____ 印

所属長: 作業者が SPring-8/SACLA にて業務を行うことを認める者

肩書き必須。
所属組織として作業者が SPring-8/SACLA で作業を行う事を認める事ができる者(例: 課長、学部長、分野長)

放射線業務従事者登録を申請します。

性別: 男 女

ユーザーカード番号: _____

生年月日: 西暦 年 月 日

(注1 学年: _____)

注1 放射線安全教育訓練実施日 (来所予定日前1年未満) 西暦 年 月 日

注2 電離放射線健康診断受診日 (来所予定日前8ヵ月以内。学生は1年未満) 西暦 年 月 日

注3 来所予定日 西暦 年 月 日

SPring-8/SACLA 利用歴: あり (SPring-8/SACLA での従事最終年度: 西暦 年度) なし

注1) 学生の方は、学年を必ず記入してください。(例: B4、M1、M2、D1 等)

注2) 来所予定延期等で電離健診、教育訓練日が所定の期日を経過した場合、当該申請は無効となり、改めて申請が必要となります。

SPring-8/SACLA 安全講習(播磨研究所放射線障害予防規程)を受講可能な予定日。

同位元素等による放射線障害の防止に関する法律第 22 条に規定されている教育訓練を実施します。

全衛生法第 66 条を適法に実施し、電離放射線に係る健康診断の記録を保管しています。場合、放射線障害防止法施行規則第 22 条に規定されている電離放射線健康診断を同法令し、その記録を保管しています。

3. 上記の者の放射線被ばく前歴は放射線障害防止法に規定されている法令値を超えておらず、放射線被ばく前歴の提示を求められた場合、速やかに提出します。

4. 上記の者の放射線被ばくが当該申請時及び申請後において放射線障害防止法に規定されている法令値の 3/10 を超える場合及び、健康診断により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します。

※放射線取扱主任者 (※役職・氏名) _____ 印

署名または記名捺印 ※作業者所属機関に放射線取扱主任者不在時は、労務管理の責任者相当者とし、役職名を必ず併記

被ばく通知書送付先(作業者所属機関の放射線管理部/労務管理部)

部署名: _____ 担当者名: _____

電話番号: _____ e-mail: _____

住所 〒 _____

登録日	安全管理室長	放射線防護管理者	担当者	JASRI 利用業務部

独立行政法人 理化学研究所播磨研究所

放射線安全教育訓練実施日

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に定められた放射線の取り扱いに関する教育(同法施行規則第21条の2第1項第4号イロハ)を受講した日を記入してください。実施日は来所予定日前1年未満である必要があります。予定日は不可です。SPring-8/SACLA で実施する安全講習受講日ではありませんのでご注意ください。

来所延期等により放射線安全教育訓練日から1年を経過した場合、申請が無効となる場合があります。

所属機関が許可届出使用者等であって、申請者が当該教育訓練項目について十分な知識及び技能を有している場合は、当該教育を省略できる場合があります。所属機関にてご確認ください。省略された場合は実施日に省略日を記入してください。

所属機関で教育訓練を受講出来ない場合は安全教育訓練実施機関等(最後の参考を参照)を利用して受講してください。

電離放射線健康診断受診日

法律に定められた電離放射線健康診断項目(以下参照)を医療機関等で受診し、医師による診断結果を所属機関にて確認後、受診日を記入してください(問診のみの受診も含む)。受診日は、来所予定日前8ヶ月以内(但し、学生等は1年未満)である必要があります。予定日は不可です。

来所延期等により電離放射線健康診断受診日から8ヶ月を超えた場合、申請が無効となる場合があります。

(参考)電離放射線健康診断項目

- 1) 問診: 被ばく歴の有無、自覚症状の有無の調査及びその評価
- 2) 血液検査: 血色量又はヘマトクリット値、赤血球数、白血球数及び白血球百分率
- 3) 皮膚の検査
- 4) 白内障に関する眼の検査

注) 医師の判断によって問診以外の項目は省略可能な場合があります。所属機関にてご確認ください。

放射線取扱主任者署名欄

所属組織に放射線取扱主任者が不在の場合は、作業者の被ばく管理、放射線教育、電離放射線健康診断の結果を管理している部署の責任者の署名または、記名捺印をお願いします。その場合は、役職名が必須です。

2. 記入上の注意

前項①～③の項目は下表を参考に記入してください。なお、不明な点につきましては、「3. 問い合わせ窓口」にご相談ください。

雇用関係等		様式5-1 記載事項		
SPRING-8/SACLA 今年度利用歴	日本の所属機関 での雇用関係	① 健康診断	② 教育訓練	③ 署名
有		様式5-1 提出不要		
無	有 (会社員等)	8ヶ月*以内に受診した 健康診断受診日	一年を超えない 期間に受講した 教育訓練の受講日	放射線取扱主任者(相当) または 労務管理責任者(相当)
	無 (学生、外国機関 所属者等)	1年*以内に受診した 健康診断受診日		

注) 各期限は、登録日(来所予定日を目安)から遡った日数としています。

3. 問い合わせ窓口

3-1. 提出先(様式等の問い合わせ)

〒679-5198 兵庫県佐用郡佐用町光都1-1-1
(公財)高輝度光科学研究センター 利用業務部
TEL: 0791-58-0961 FAX: 0791-58-0965
e-mail: uoffice@spring8.or.jp

夏の学校の参加者は夏の学校事務局へ書類をご提出ください。
〒679-5198 兵庫県佐用郡佐用町光都1-1-1
(公財)高輝度光科学研究センター
研究調整部 夏の学校事務局 入潮宛
TEL: 0791-58-0987 FAX: 0791-58-0830
e-mail: 2013summerschool@spring8.or.jp

3-2. 記入項目に関する問い合わせ

(公財)高輝度光科学研究センター 安全管理室
TEL: 0791-58-0874 FAX: 0791-58-0932
e-mail: radiationsafety@spring8.or.jp

[参考] 安全教育訓練実施機関

- ・ (公社) 日本アイソトープ協会 03-5395-8081 <http://www.jrias.or.jp/>
- ・ (公財) 放射線計測協会 029-282-5546 <http://www.irm.or.jp/>
- ・ (株) 千代田テクノル 03-3816-2531 <http://www.c-technol.co.jp/>
- ・ (株) 日本環境調査研究所 06-6251-2099 <http://www.jer.co.jp/>
- ・ スプリングエイトサービス(株) 0791-58-1839 <http://www.ses-spring8.co.jp/>

全ての項目をご記入ください。

放射線業務従事者登録申請書
(西暦 年度)

様式 5-1

独立行政法人理化学研究所播磨研究所
安全管理室長 殿

提出日：西暦 年 月 日

(提出先：公益財団法人高輝度光科学研究センター利用業務部)

所属組織名：

所属長：(役職名)

(氏名)

印

所属長：作業者が SPring-8/SACLA にて業務を行うことを認める者

下記の者の放射線業務従事者登録を申請します。

ローマ字：

男
女

ユーザーカード番号：

氏名：

印

生年月日：西暦

年

月

日

署名または記名捺印

所属：

(注1 学年：)

注2) 放射線安全教育訓練実施日
(来所予定日前1年未満)

西暦

年

月

日

注2) 電離放射線健康診断受診日
(来所予定日前8ヵ月以内。学生は1年未満)

西暦

年

月

日

注2) 来所予定日

西暦

年

月

日

SPring-8/SACLA 利用歴： あり (SPring-8/SACLA での従事最終年度：西暦 年度) なし

注1) 学生の方は、学年を必ず記入してください。(例：B4、M1、M2、D1等)

注2) 来所予定延期等で電離健診、教育訓練日が所定の期日を経過した場合、当該申請は無効となり、改めて申請が必要となります。

- 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第22条に規定されている教育訓練を実施していることを証明します。
- 上記の者に対し、労働安全衛生法第66条を適法に実施し、電離放射線に係る健康診断の記録を保管しています。但し、上記の者が学生の場合、放射線障害防止法施行規則第22条に規定されている電離放射線健康診断を同法令に定める期間の通り実施し、その記録を保管しています。
- 上記の者の放射線被ばく前歴は放射線障害防止法に規定されている法令値を超えておらず又、放射線被ばく前歴の提示を求められた場合、速やかに提出します。
- 上記の者の放射線被ばくが当該申請時及び申請後において放射線障害防止法に規定されている法令値の3/10を超える場合及び、健康診断により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します。

※放射線取扱主任者

(※役職・氏名)

印

署名または記名捺印 ※作業所属機関に放射線取扱主任者不在時は、労務管理の責任者相当者とし、役職名を必ず併記

被ばく通知書送付先 (作業所属機関の放射線管理部署/労務管理部署)

部署名：

担当者名：

電話番号：

e-mail：

住所 〒

登録日

安全管理室長	放射線 防護管理者	担当者	JASRI 利用業務部