

指定登録依頼書ファイル（エクセル形式）の作成、提出について

施設内で作業を行うためには指定登録手続きが必要です。

1. これまでの作業状況に関する情報を、ファイルの「入力シート」へ必要事項をご入力ください。
記載に当たってご不明な点がありましたら、takasaki-kyoyo@gst.go.jpまでお問い合わせください。
2. 被ばく歴等証明書を作成して下さい（記載済みの放射線管理手帳の写しで替えることもできます）
入力シートに必要事項を入力すると、「被ばく歴等証明書」シートに必要な情報が転記されます。
「被ばく歴等証明書」シートをプリントアウトし、担当者の方の証明を受けてください。
3. 手続きの案内に従って、
記載済みの「指定登録依頼書」のエクセルファイルを、証明済みの被ばく歴等証明書をスキャンしたデータと一緒にご提出ください。**来所当日には、窓口で原本を確認する必要があります。忘れずにご持参ください。**

次ページ以降に記入の際に注意していただきたい事項を記載していますのでご確認下さい。

■指定登録依頼書

■作業者記入欄

中央登録番号		中央登録番号が無い方は入力不要	
氏名	フリガナ	(姓)	(名)
	漢字		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
生年月日	年	月	日
職員番号	職員等のみ入力してください		
国籍	<input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 外国人		
放管手帳	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		<input type="checkbox"/> 学生 注意!

年/年度の入力において「元」は不可、「1」と入力してください。

注意
従事者指定は1事業所1指定(日にち単位)です。
従事者指定解除した日に、同事業所で従事者指定することはできません。

←外国人であって人名が漢字の場合、漢字表示に加えてアルファベット表示の記載【入力例】漢字氏名(アルファベット氏名: Family First Middle)

←「昭和」、「平成」、「令和」又は「西暦」選択してください。
外国人の方は「西暦」としてください。

← **注意**
QSTUリサーチアシスタントの方は元所属において学生であってもチェックは入れないでください。

作業者ごとに作成してください。

■会社等(外来者)

所属会社名(全角30文字)	
事業所等(全角30文字)	
住所	郵便番号
	住所
TEL	()

機構との契約先である会社又は大学等

■被ばく前歴(該当無しは空白)※数字以外の文字を入れると印刷出来ません

記載不要です

・職員等(作業者区分が、定年制職員、任期制職員等及び役員)の方は入力してください。

・職員等以外の方は入力不要です。

前年度までの過去4年間の実効線量及び眼の水晶体の等価線量	前年度	令和	年度	実効線量	[mSv]
		<input type="checkbox"/> 従事せず		<input type="checkbox"/> 従事	
前年度までの過去4年間の実効線量及び眼の水晶体の等価線量	2年度前	令和	年度	実効線量	[mSv]
	<input type="checkbox"/> 従事せず		<input type="checkbox"/> 従事	眼の水晶体の等価線量	[mSv]
	3年度前	令和	年度	実効線量	[mSv]
	<input type="checkbox"/> 従事せず		<input type="checkbox"/> 従事	眼の水晶体の等価線量	[mSv]
前年度までの過去4年間の実効線量及び眼の水晶体の等価線量	4年度前	令和	年度	実効線量	[mSv]
	<input type="checkbox"/> 従事せず		<input type="checkbox"/> 従事	眼の水晶体の等価線量	[mSv]
		実効線量		[mSv] (X)	

「前年度までの過去4年間の実効線量及び眼の水晶体の等価線量」に放射線業務従事者として作業実績の無い場合は、従事せずに☑してください。

「0.0」と入力すると、当該年度の「作業実績:有、積算線量0.0mSv」の意味になります。

眼の水晶体の等価線量は、眼の水晶体について特別な測定・評価をしていない場合は、実効線量と同じ値としてください。

なお、眼の水晶体の等価線量は令和3年度(2021年度)以降は必須です。

・それぞれの年度を記載し、その年度の実効線量、等価線量を記載してください。
・その年度に放射線業務に従事しなかった場合は、チェックボックス「従事せず」を選択してください。

被ばく歴等証明書作成時にご注意いただきたい点

証明者の方のご記載、押印をお願いします。

少なくとも3つの教育訓練項目をすべて実施してください。
また、本件について追加で実施した項目があれば、一番下の欄に直接追記してください。

基本的な事項については、入力シート情報が、被ばく歴等証明書に自動的に転記されます。
印刷後の内容をご確認いただき、証明者印をお願いします。

被ばく歴等証明書

令和 年 月 日

証明者所属・職名

証明者氏名

印

下記の者の個人識別項目、被ばく前歴、指定緊急作業歴、教育訓練及び特殊健康診断の記録を証明します。

個人識別項目									
フリガナ					生年月日				
					0 年 月 日 #VALUE!				
氏名					性別		国籍区分		
					<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 外国人		
中央登録番号					<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無				
被ばく前歴 ^{注1)} (該当なしは「従事せず」又は空白)									
前年度までの累計(職員等のみ)			前年度までの過去4年間の累計				今年度の累計		今四半期の累計(女子のみ)
昭和63(1988)年度まで 累積線量	平成元(1989)年度以降 累積線量	年度	実効線量	眼の水晶体の 等価線量		今年度の累計		今四半期の累計 (女子のみ)	
昭和 年度～ 昭和63年度まで	平成 年度～ ～前年度		mSv	mSv		()		mSv	
累積線量	実効線量の合計		mSv	mSv		皮膚		mSv	
mrem	mSv		mSv	mSv		眼の水晶体		mSv	
()	()		mSv	mSv		その他		mSv	
主な作業 事業所					主な作業 種類記号 ^{注2)}				
教育訓練歴					特殊健康診断歴				
放射線障害の防止に関する教育 ^{注3)}					実施年月日 ^{注3)}				
<input type="checkbox"/> 放射線の人体に与える影響 <input type="checkbox"/> 放射線同位元素又は放射線発生装置の安全取扱 <input type="checkbox"/> 放射線障害の防止に関する法令及び放射線障害予防規程					年 月 日 <input type="checkbox"/> 従事可 <input type="checkbox"/> 従事不可				
特別教育 ^{注4)}					指定緊急作業歴 ^{注4)} (職員等のみ記入)				
実施年月日 年 月 日					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
注 1) 今年度とは、指定登録日の属する年度、前年度はその年度の前年度とする(今四半期も同様)。					注 2) 下記の作業種類記号より選択して記号を記載すること。				
					注 3) 放射線障害の防止に関する教育(1)～(4)のうち、少なくとも3つ以上を修了したことを証明する。				
					注 4) 上記被ばく前歴の内訳 年度 () 年度 () 年度 ()				