様式８-１

# **個　人　管　理　登　録　票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | 課長 | | | 主幹 | 担当  係員 | |  |
|  | | | | |  | | | |  | | |  |  | |
| 構内用IDカード | | | | 有（発行予定含）　　無 |
| フリガナ  氏　　名 | | 印 | | | 性　　別　　　　　　　　　　男　・　女  生年月日（西暦）　　　　年　　月　　日 | 受  入  情  報 | 受入部課名  受入部課長名 | | | |  | | | 印 | |
| 現所属機関 | 名　称 | | |  | | 受入責任者 | | | |  | | | | |
| 受入区分 | | | |  | | | | |
| 所属部署  /学部名 | | |  | | 受入承認期間 | | | | 西暦　　　　　　年　　　月　　　日  ～  西暦　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 住　所 | | | 〒　　　　　　　　　　TEL | |
| 本人確認※ | | | | 運転免許証　　　　パスポート  マイナンバーカード  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 線量結果送付先 | 被ばく管理部署 | |  | | | | 連絡先 | | (TEL)  (E-Mail) | | | | | |
| 住　所 | | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 主な業務内容 | | | | 放射性同位元素等を取り扱う業務　　　　　　　　　　　　　　　　　　　粒子加速器、放射線発生装置等を利用する業務  粒子加速器、放射線発生装置等の運転、調整又は保守の業務　治療、診断及び看護等の業務  放射線管理の業務及び施設の運転管理業務  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 取得資格(注1) | | | □放取主Ⅰ種　　□放取主Ⅱ種　　□医師　　□看護師　　□診療放射線技師　　□その他(　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| (注1)　放射線取扱主任者Ⅰ・Ⅱ種、診療放射線技師、医師等の免許を有する者は教育訓練の一部が免除されます。 | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RI棟 | 研修棟 | ｻｲｸﾛﾄﾛﾝ棟 | | ﾎﾟｼﾞﾄﾛﾝ棟 | 画像 診断棟 | | 被ばく医療共同研究 施設 | | | ﾗﾄﾞﾝ棟 | 緊急  ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ棟 | 重粒子線棟 | | 廃棄処理施設1 | 廃棄処理施設2 | X線棟 | | | |
| 本体室側 | 生産側 |  | 新治療棟 | 標準  線源室 | | 第2  照射室 | その他 |
|  |  |  |  |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| ガンマ線照射施設 | | | | 静電 加速器棟 | | QST病院 | | | 低線量影響実験棟 | | | | ｱﾙﾌｧ線  棟 | 実験動物 研究棟 | 環境放射線  影響研究棟 | 探索 研究棟 | 高度被ばく医療  線量評価棟 | | トレーラー  ハウス | |
| ｾｼｳﾑ第1照射室 | ｾｼｳﾑ第2照射室 | ｺﾊﾞﾙﾄ第1照射室 | 中性子 線源室 | ﾘﾆｱｯｸ  ・2階 | | 小線源治療 | γｾﾙ室 | | γ線連続 照射室 | その他 |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |

研究計画、業務内容により、立ち入りを希望する従事区域の欄に〇を記入してください。

**※上記、色の濃い区域は防護区域のため、受入部課において公的機関が発行した顔写真入り身分証明書での本人確認が必要です。**

**被ばく歴の調査及び放射線業務従事者証明・承諾書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．被ばく線量の経歴（検出されなかった回数はＸで示して下さい。）（注２） | | | | | | |
|  | 1-1　2019～2023年度の実効線量 | 期　間 | 西暦　　　　　　年　　　月～　　　　年　　　月 | | 実効線量 | (　　　　X)mSv |
| 1-2　2023年度の被ばく線量 | 期　間 | 西暦　　　　　　年　　　月～　　　　年　　　月 | | 実効線量 | (　　　　X)mSv |
| 等価線量 | 皮　　膚 | 水 晶 体 | その他の組織 | 女子腹部 |
| (　　　　X)mSv | (　　　　X)mSv | (　　　　X)mSv | (　　　　X)mSv |
| 1-3　2024年度の被ばく線量 | 期　間 | 西暦　　　　　　年　　　月～　　　　年　　　月 | | 実効線量 | (　　　　X)mSv |
| 等価線量 | 皮　　膚 | 水 晶 体 | その他の組織 | 女子腹部 |
| (　　　　X)mSv | (　　　　X)mSv | (　　　　X)mSv | (　　　　X)mSv |
| ２．厚生労働大臣が指定する緊急作業の従事の有・無（注３） | | | | | 有　　　　　無 | |
| （注２）該当しない箇所は、斜線を引くようにお願いします。  （注３）厚生労働大臣が指定する緊急作業は、「電離放射線障害防止規則第59条の2第1項の規定に基づき、平成23年東北地方太平洋沖地震により同令第42条第1項に該当する事故が発生した東京電力株式会社福島第一原子力発電所の敷地内において、平成23年3月11日以後に行う同令第7条第1項に規定する緊急作業」とする。 | | | | | | |
| ３．放射線業務従事者証明及び放射線業務従事承諾 | | | | | | |
| 上記の者は、当機関における所属者であることを証明するとともに、現在放射線業務従事者として登録され、身分証明書による本人確認、  法令に基づく健康診断、教育訓練を実施していることを証明し、千葉地区において放射線業務に従事することを承諾します。  西暦　　　　　　年　　　月　　　日  機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：  住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 職名・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  （放射線取扱主任者★又は管理責任者） | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日 | 管理番号 | － | 登録区分 | | ＲＩ　・　核燃 | 登録番号 |  |
| 就業前の健康診断の結果  判定年月日　西暦　　　　　年　　　月　　　日　　判定結果 | | | | |  | | | |

※　　　　　 枠内を記入して下さい。

※千葉地区以外の方で、所属機関の変更や登録事項に変更が生じた場合には、放射線安全課まで必ず連絡して下さい。

★放射線取扱主任者とは、各事業所で選任されている者を指します。

　　　　国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構　　安全管理部　　放射線安全課　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　20240601