

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@qst.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ください。

■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	☐ 男性 ☐ 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	☐ 日本人 ☐ 外国人 学生はここにチェックを入れてください				
放管手帳	☐ 有り ☐ 無し ☐ 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。

外国名で記入した場合は漢字の場合、漢字表示に加えてアルファベット表示の記載も行ってください。
【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」を選択してください。
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

	前年度	令和	年度	実効線量	
		☐ 従事せず		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	2年度前	令和	年度	実効線量	[mSv]
		☐ 従事せず		眼の水晶体の等価線量	[mSv]
	3年度前	令和	年度	実効線量	[mSv]
		☐ 従事せず		眼の水晶体の等価線量	[mSv]
	4年度前	令和	年度	実効線量	[mSv]
		☐ 従事せず		眼の水晶体の等価線量	[mSv]
			実効線量	[mSv] (X)	

・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は不要です。

「令和」又は「西暦」を選択してください。

「令和」又は「西暦」を選択してください。

「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、従事せずを選択してください。

「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、その年度の実行線量、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。

★入力シート★

指定登録依頼書

被ばく歴等証明書

指定解除登録依頼書

Form with columns A-AN and rows 33-39. Includes sections for: 今年度の集計 (Annual Summary), 女子のみ (For Women Only), 指定緊急作業歴 (Designated Emergency Work History), 教育訓練歴 (Education/Training History), 特殊健康診断歴 (Special Health Checkup History), 身分確認 (Identity Confirmation), 作業担当課等 (Work Charge Department, etc.).

Annotations on the form:

- 「今年度」とは指定年月日の属する年度、
- 妊娠中の女子で妊娠からの被ばく前歴がある場合は別添にて提出してください。妊娠中の女子については、登録にあたり提出していただく書類がありますので別途連絡いたします。
- 指定緊急作業とは、平成23年3月11日以後の東電福島第一原子力発電所における緊急作業をいう。
- 特殊健康診断の受診日が指定前6月以内であること。〈学生の場合は1年以内、ただしQSTリサーチアシスタントは6ヶ月以内〉
- 特殊健康診断結果を「従事可」または「従事不可」のいずれかを選択してください。R1規制法及び電離放射線障害防止法等に基づき、放射線業務従事者を対象に実施される健康診断であり、一般の健康診断とは異なることに注意。
- 部課等名を選択する前に拠点名を選択してください。リストにはない課、グループ、プロジェクト名等は部等名の後に手入力してください。
- 「令和」又は「西暦」を選択してください。

Buttons at the bottom: < > ★入力シート★ 指定登録依頼書 被ばく歴等証明書

• 今年度の線量を合計した値を記載してください。

• 今年度、放射線業務に従事していない場合は、チェックボックス「従事せず」を選択してください。

• (X) の欄は、今年度の個人線量計の計測回数を記載してください。

• 法定の教育訓練が終了した日を記載してください。

• 健康診断の実施日を記載し、「従事可/従事不可」のチェックボックスを選択してください。

• 健康診断を行った医師名を記載してください。

• 実験の開始日を指定年月日、実験の終了日を指定解除予定日として記載してください。

• 記載が済みましたら、被ばく歴等証明書のシートを印刷してください。

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。

令和 年 月 日									
被ばく歴等証明書									
証明者所属・職名								証明者氏名	
証明者印									
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					
氏名				性別		国籍区分			
				☐ 男性 ☐ 女性		☐ 日本人 ☐ 外国人			
中央登録番号				☐ 有 ☐ 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			今年半期の累計(女子のみ)	
昭和65(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	実効線量		mSv	mSv	
昭和 年度～ 昭和65年度まで	年度～ ～前年度	*	mSv	mSv	()		()	mSv	
累積線量	実効線量の合計	*	mSv	mSv	皮膚		mSv	妊娠中の女子は 妊娠からの被ばく 量を別添で提出す る。	
mrem	mSv	1	mSv	mSv	眼の水晶体		mSv		
()	()		mSv	mSv	その他		mSv	別添 ☐ 有 ☐ 無	
主な作業 事業所					主な作業 種類記号				
教育訓練歴									
放射線障害の防止に関する教育 注2)									
実施年月日 年 月 日									
☐ 放射線の人体に与える影響 ☐ 放射線同位元素又は放射線発生装置の安全管理 ☐ 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									
特別教育 注4)									
実施年月日 年 月 日									
特殊健康診断歴									
実施年月日 注3)									
年 月 日									
健康診断の結果									
☐ 従事可 ☐ 従事不可									
健康診断を行った医師名									
備考									