

アイソトープ総合センター分館見学許可申請書

見学者 : 教員・医員・院生・研究生・学生・その他()

所属 ふりがな 氏名 生年月日

見学日 : 平成 年 月 日 ()

見学時間: 時 分 ~ 時 分

見学場所:

見学が必要な理由:

(詳細に)

見学内容:

(詳細に)

見学対象の実験においての使用核種, 数量: , Bq

随伴者1 , 随伴者2
(随伴者はアイソトープ取扱に熟練した者であって、管理区域内では見学者に常時同伴すること。)

上記により見学の許可を申請します。

尚、見学者には見学をさせるのみで、実験の補助・操作等を絶対行わせません。

随伴者が常時指導監督し、単独行動をさせません。

見学の回数、期間は3回、5ヶ月を越えることはありません。

講座 研究室
申請教員 ⑩

上記見学者は $100\ \mu\text{Sv}$ を越える被ばく・汚染の恐れはないと認められるので、見学を許可する。

許可 R I 教員 ⑩

見学記録

線量計ナンバー :

測定結果 :

備考