

エックス線業務従事者登録届

西暦 年 月 日 提出

(フリガナ)

氏 名

印

生年月日 西暦 年 月 日

所 属

身 分

名古屋大学ID :

連絡先 E-mail:

TEL/携帯:

放射線発生装置・放射性物質の使用経験： 有 ・ 無
無の場合：以下記入不要。
有の場合：以下を記入し、使用した施設の責任者が発行した被ばく歴証明書を添付してください。
使用場所（住所も記入）：
種類（該当するものを囲んでください）： ①発生装置， ②放射性物質
① 発生装置の場合： 定格出力（管電圧・管電流）
最大エネルギー（MeV）
② 放射性物質の場合： 放射性同位元素の種類
数量（Bq）
使用期間：
障害の有無： 有 ・ 無
有の場合： 眼
皮膚
血液
その他