

放射線業務従事者証明書

年 月 日

九州大学 アイソトープ統合安全管理センター長 殿

証明機関名
証明者職・氏名
放射線取扱主任者氏名

印
印

下記の通り、{当施設に於ける 当機関が管理している}放射線業務従事者に関して証明致します。

記

1. 対象者

ふりがな氏名：
生年月日：
性別：

2. 取扱をした事業所名，放射線業務従事期間

(連続しない期間がある場合は，行を増やして下さい。継続中の場合その旨記載の事)

事業所名： 期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

3. 業務内容 (該当する項目の括弧内に○を記入。その他の場合，内容を記述して下さい。医療機関の場合，特に非密封線源の取扱に当る医療行為をされている場合，記載に注意して下さい。)

- () 非密封線源の取扱
() 密封線源の取扱
() 放射線発生装置の取扱 (管理区域有り)
() 放射線発生装置の取扱 (管理区域無し)
() その他 ()

4. 被ばく線量 (放射線業務従事期間中の個人内部被ばく線量及び外部被ばく線量：単位 mSv)

可能な限り，内部被ばく線量(四半期毎)／外部被ばく線量の形式で記入して下さい。

月年	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	年度計
本年	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	0.0
昨年	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	0.0
一昨年	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	0.0
3年前	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	0.0
4年前	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	0.0

(注) 本形式で記載が難しい場合は，外部被ばくに関しては測定業者が発行する結果報告書等を添付して頂いても結構です。3の業務内容が，非密封線源の取扱にも関わらず，内部被ばく線量の管理がなされていない場合にはその理由等を下を書いて下さい。

(理由：)

以 上

記入上の注意

1. 様式は、問題の生じない範囲で改変して頂いて構いません。
2. 行数が不足する場合は、増やして下さい。
3. 従って、ページが増えても構いません。
4. 証明者は、原則放射線取扱主任者ですが、事業所が無い場合、担当事務の責任者名で記載をお願いします。
5. 業務内容については、被ばく線量管理が必要となるものについて特に注意して下さい。
6. 被ばく線量は、5年度にわたって管理しなければならないため、4の表を設けました。業務従事のある年度については、必ず年度計を記入して下さい。左側の月毎の記載欄は、可能な限り記載して下さい。
7. 特に、内部被ばくの管理をする必要がある業務を行っている人の場合、必ずその旨を記載し、内部被ばくの評価について4の表に記入して下さい。
8. 証明対象期間中、他の事業所での業務従事がある場合には、それらを含めて記載をして頂く必要が有ります。
9. 教育に関する証明書は、別葉で準備して、一緒に提出していただく必要がありますので、注意してください。