

No. \_\_\_\_\_

放射線作業従事記録 ( 年 月)

氏 名		職 名	
所 属			

日 付	作業時間	作業場所	作 業 内 容**	作業責任者の自署又は印

被ばく線量	実効線量	mSv
	水晶体	mSv
	その他の組織	mSv
	女子 (腹部)	mSv
	その他	mSv
備考欄		

放射線管理室確認*			
室長		担当者	

放射線取扱主任者確認*	

- \* 記入不要
- \*\* 管理区域に立ち入って行う作業はすべて放射線作業と見なします。
- \*\*\* 放射線業務従事者が、1ヶ月当たり 0.4 mSv を超える実効線量を被ばくした場合、又は特異と思われる局所被ばく或いは内部被ばくが認められた場合は、この様式を提出して下さい