

密封放射性物質使用願

大学共同利用機関法人 高エネルギー加速器研究機構
放射線管理室長 殿

年 月 日

使用責任者^{注1)}

氏名 (自署または印) _____

所属・職 _____

連絡先 (TEL) _____ (PHS) _____ (E-Mail) _____

下記の通り密封された放射性同位元素を使用したく許可願います。

個 数	<input type="checkbox"/> 単数・ <input type="checkbox"/> 複数 () 個：複数の場合、放射性同位元素の種類、数量などを別紙に記載すること						
機 器 装 備	<input type="checkbox"/> されていない・ <input type="checkbox"/> されている	核種		コード番号		線源番号	
物 理 的 状 態	<input type="checkbox"/> 固体・ <input type="checkbox"/> 液体・ <input type="checkbox"/> 気体・ <input type="checkbox"/> 粉末		化学形等 ^{注2)}				
密 封 状 態 等	<input type="checkbox"/> 非密封・ <input type="checkbox"/> 密封 ^{注3)}	()	公称数量				Bq
装 備 機 器 の 場 合	機器名称 ()・機器型式 ()・製造番号 () 性能 ()・製造日 年 月 日						
使 用 目 的							
使 用 場 所							
使 用 方 法	(表示、区画、遮蔽物、作業内容、使用中保管場所など具体的に記入し、必要な場合は図表などを添付すること。)						
使用予定期間	年 月 日～ 年 月 日						
使用者全員の 所属・氏名 ^{注4)}							

私は、「密封R I 線源 (チェックングソースを含む) 取扱い上の注意」と題される文章を読み、その内容を理解しました。上記放射性物質の取扱いにあたってはそこに記載されている事項を遵守し、また使用者全員に周知徹底致します。

(使用責任者本人自署) _____

(放射線管理室記入欄)

許可または承認	放射線管理室長許可	放射線管理区域責任者承認	管理室担当者確認
自署または印	年 月 日	年 月 日	年 月 日
許可/承認に際して与えた指示及び指示者氏名			
受付年月日	年 月 日	受付者	

注 1) 本機構「放射性物質取扱要領」第 1 条第 2(2) 項により使用責任者は本機構職員または共同利用実験責任者に限られます。注 2) 文部科学大臣の定める化学形等の区分。注 3) 放射性同位元素を被覆しているカプセル等の材料、材質、厚さ、形状等を記載すること。注 4) 本機構「放射性物質取扱要領」第 1 条第 2(2) 項により使用者は本機構の放射線業務従事者に限られます。

(Rev.050601)