

Radiation Worker Application Form  
(For External User / Supplier)

国立研究開発法人理化学研究所 播磨事業所 安全管理室長 殿  
To RIKEN the Harima Safety Center Director

受付番号 B201804270040

Receipt No

2019年Y 04月M 27日D

所属機関名称 ○○大学大学院  
Name of affiliation

所属長職・氏名 ○○研究科XX研究室 教授  
Name and title of the supervisor XXXX

印 印  
Signature

下記の者の外来放射線作業登録の申請をいたします。

The person below hereby applies to be registered as a radiation worker.

登録区分 Type of applicant	<input type="checkbox"/> 特定機関(JASRI) JASRI	<input type="checkbox"/> 専用BL(常駐) Contract Beamline	<input type="checkbox"/> 常駐業者 Regular stay external contractors	<input checked="" type="checkbox"/> 放射光利用ユーザー SPring-8/SACLA user
	<input type="checkbox"/> 外部利用者 External User		<input type="checkbox"/> 外来業者 External contractor	<input type="checkbox"/> その他 Others
フリガナ Furigana	アンゼン タロウ		生年月日 Date of birth	1981年Y 01月M 19日D
氏名 Name	安全 太郎		性別 Sex	男
E-mail	xxx@xxx.harima.ac.jp		<input checked="" type="checkbox"/> ユーザーカード No. User Card No.	1234567
			<input type="checkbox"/> SPring-8 ID No.	
			<input type="checkbox"/> 理研 ID No. RIKEN ID No.	
所属機関 部署名 Name of affiliation division	○○研究科		身分 Position	学生D1
住所 Affiliation address	〒 Zip code (postal code) 123-4567 東京都千代田区○○1-1-1		Phone	03-0000-0000
実験課題番号(放射光利用ユーザーのみ記入) Experimental proposal number (Fill in ONLY by SPring-8/SACLA user)	記入不要			SACLA確認印 Confirmation seal
受入担当者所属・氏名(放射光利用ユーザー以外は記入) Accepting affiliation and its person in charge (Note: Fill in except SPring-8/SACLA user.)	記入不要			
主な作業内容 Work	<input checked="" type="checkbox"/> 放射光実験 Accelerator use	利用施設名 Work Place	<input checked="" type="checkbox"/> SR・SACLA実験ホール SR/SACLA Experimental Hall	<input type="checkbox"/> SACLA加速器棟・光源棟・XSBT,旧SCSS試験室 SACLA (Accelerator, Undulator Bld., XSBT), SCSS
	<input type="checkbox"/> 工事・保守作業 Construction/Maintenance		<input type="checkbox"/> 線型加速器・シンクロトロン・蓄積リング・L3BT Linac, Synchrotron, Storage Ring, L3BT	<input type="checkbox"/> RI実験棟 RI Laboratory
	<input type="checkbox"/> リモート実験(立入なし) Remote Experiment (No Entry)		<input type="checkbox"/> マシン実験棟 Machine Laboratory	
	<input type="checkbox"/> その他 Others		<input type="checkbox"/> その他 Others	

私は、国立研究開発法人理化学研究所の諸規定に定める放射線関係の講習を受講し、播磨地区における取扱対象に関する諸法令および諸規程の内容を理解します。関係規程に記載されている条件のもとで放射線作業に従事することを了承し、関係法令および国立研究開発法人理化学研究所の諸規定を遵守し、放射線作業に従事することを誓います。

I will take the classes at the request of the laws and the RIKEN rules, and understand the contents of them. I hereby agree to do the radiation work under the condition provided by them, and promise to keep them.

日付 Date 20XX年Y XX月M XX日D (自筆署名 Signature) 安全 太郎

所属機関承諾・証明欄 Approved and authorized by affiliated organization as below:

上記の者が、現在、当機関において放射線業務従事者として登録され、法令に基づいて放射線管理を受けていることを証明します。また、自2019年04月01日至2020年03月31日の期間(年度を超えないこと)、国立研究開発法人理化学研究所播磨地区において放射線作業に従事することを承諾します。

I authorize the applicant named above to engage in radiation work, certifying that our institute has conducted radiation management for the applicant. Also, I authorize the applicant to engage in radiation work on the RIKEN Harima Campus from Y/M/D to Y/M/D (within a fiscal year.)

健康診断について(直近の結果を記入) Health check (the result of the latest)	<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし Normal	<input type="checkbox"/> 異常あり(健康診断の写しを添付して下さい) Not normal (Attach the copy of health check results)
被ばく線量について(前年度の結果を記入) Dose amount of radiation exposure (the result of the last fiscal year)	<input checked="" type="checkbox"/> 1mSv 未満 Less than 1mSv	<input type="checkbox"/> 1mSv 以上( mSv)です。(健康診断の写しを添付して下さい) More than or equal to 1mSv (Attach the copy of health check results)
所属機関名称 Name of affiliated organization/company	○○大学大学院	
住所 Address	〒123-4567 東京都千代田区○○1-1-1	
代表者職・氏名 Name and title of the representative for the organization above	○○研究科長	○○○○
放射線取扱主任者機関名 Name of organization/company of the radiation protection supervisor	○○大学アイソトープセンター	
住所 Address	〒123-4567 東京都千代田区○○1-1-1	
放射線取扱主任者職・氏名 Name and title of radiation protection supervisor	放射線取扱主任者	○○○○
連絡先: Phone	03-1111-0000	e-mail xxx@zzz.harima.ac.jp

職印 職印  
Signature

印 印  
Signature