

放射性同位元素等取扱者登録申請書

福岡大学医学部RI施設長 殿

下記のとおり令和 年度放射性同位元素等取扱者としての登録を申請します。

※太枠内を記入してください。□には該当項目にレ点を付けてください。

申請年月日	令和 年 月 日	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
申請者氏名	署名又は 記名押印	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生
所属		連絡先	<input type="checkbox"/> 内線 <input type="checkbox"/> PHS ()
職種	<input type="checkbox"/> 教員 (<input type="checkbox"/> 教授 <input type="checkbox"/> 准教授 <input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 講師(第4条第7号) <input type="checkbox"/> 助教 <input type="checkbox"/> 助手) <input type="checkbox"/> ポストドクター <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 研究生 <input type="checkbox"/> 教育技術職 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 大学生 (学籍番号: 学年:) <input type="checkbox"/> 大学院生 (学籍番号: 学年:)		
主な使用予定核種	<input type="checkbox"/> H-3 <input type="checkbox"/> Cr-51 <input type="checkbox"/> C-14 <input type="checkbox"/> I-125 <input type="checkbox"/> P-32 <input type="checkbox"/> その他の核種 <input type="checkbox"/> S-35 () <input type="checkbox"/> Ca-45 <input type="checkbox"/> 利用核種なし	放射線 作業従事 内容	<input type="checkbox"/> DNA.RNA,タンパク等標識 <input type="checkbox"/> アッセイ法 <input type="checkbox"/> 培養実験 <input type="checkbox"/> 取込実験 <input type="checkbox"/> その他()
ガラスバッジ登録	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	注)登録には1ヶ月程度お時間がかかります。 今年度、実験予定のある方のみ申請をしてください。	
上記の者が、放射性同位元素等取扱者として、登録申請することに同意します。			
申請責任者(所属長) 氏名:			署名又は 記名押印

※新規登録者は下記について記入してください。

放射線作業従事歴

RI等に関する 経歴	RI等の使用経験の有無 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ※有の場合は以下に放射線作業従事歴を記入してください。		
	期 間	使用施設名	作業内容、使用核種等
	自 年 月		
	至 年 月		
	自 年 月		
	至 年 月		

施設長	放射線取扱 主任者