

Radiation Worker Application Form - instruction for Cheiron School Participants -



Items are automatically filled as you completed the form on the web

Items you need to obtain appropriate signatures by **handwriting** << --- **IMPORTANT**

Signature you will write on **Sep.23** after you take Safety Education

STEP 2.

Request your professor or the director of your division or department to write name in block letters and sign

STEP 1.

Write the work period as you completed to fill on form by handwriting

DO NOT SIGN WHEN YOU POST THIS FORM TO Spring-8
After you take Safety Education on Sep. 23, we ask you to sign.

STEP 3.

Obtain the signature of representative of your institute
Note that provide necessary information

STEP 4.

Request a radiation protection supervisor at your institute to fill information concerning your health check and dose amount, and sign

Incorrect entries should be crossed with a single horizontal line and "error" should be written above the line with your initials

外来放射線作業者登録申請書(2014年度)
Radiation Worker Application Form
(For External User / Supplier)

受付番号
Receipt No
20 年Y 月M 日D

安全管理室長 殿
Center Director

所属機関名称
Name of affiliation

所属長職・氏名
Head name of affiliation

下記の者の外来放射線作業者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"/> 専用線 (客駐) 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"/> 外来業者 External contractor	<input type="checkbox"/> その他 () Others ()
フリガナ Furigana		生年月日 Date of birth	年Y 月M 日D
氏名 Name		性別 Sex	
E-mail		<input checked="" type="checkbox"/> ユーザーカード No. User Card No.	
		<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 organization/department		身分 Position	
郵便番号 (Postal code)	Phone		
住所 (Address)	印 Signature		
主な作業内容 Work	利用施設名 Work Place	SACLA確認印 Confirmation seal	
<input checked="" type="checkbox"/> 放射光実験 Accelerator use 放射光実験 Accelerator use 工事・保守作業 Construction/Maintenance ノート実験(立入なし) Note Experiment (No Entry) <input type="checkbox"/> その他 Others	<input checked="" type="checkbox"/> SR・SACLA実験ホール SR/SACLA Experimental Hall <input type="checkbox"/> 加速器・シンクロトロン・ストレージリング・LBT Linc/Synchrotron/Storage Ring/LBT <input type="checkbox"/> マシン実験棟 Machine Laboratory <input type="checkbox"/> その他 () Others ()	<input type="checkbox"/> SCSS試験加速器 SCSS <input type="checkbox"/> SACLA加速器棟・光源棟・XSBT SACLA Accelerator/Undulator BM_XSBT <input type="checkbox"/> RI実験棟 RI Laboratory	
私は、独立行政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係する諸法令および諸規程の内容を理解しました。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、関係法令および独立行政法人理化学研究所の諸規定を遵守し、(e.g.) 2014/9/23 to 2014/10/2 I took the classes at the request of the law and the RIKEN rules and understood the contents of them. I agree to do the radiation work under the condition provided by them, and provide necessary information. (Do not exceed next fiscal year) for above person. I hereby certify that the above-named person is subject to radiation safety and control and is authorized to work in radiation controlled areas at the RIKEN Harima Campus.			
所属機関承諾・証明欄 Approved and authorized by affiliated organization as below:			
上記の者が、自2014年09月23日至2014年10月02日の期間(年度を超えないこと)、当機関において現在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、独立行政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。 Validity term of this certification from 2014/9/23 to 2014/10/2 (Do not exceed next fiscal year) for above person. I hereby certify that the above-named person is subject to radiation safety and control and is authorized to work in radiation controlled areas at the RIKEN Harima Campus.			
健康診断について(直近の結果を記入) Health check (the result of the latest)	<input type="checkbox"/> 異常なし Normal 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 type="checkbox"/> 1mSv未満 Less than 1mSv Less than 1mSv	<input type="checkbox"/> 1mSv以上()以上()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 organization/company	住所 Address	印 Signature	
代表者職・氏名 Name and title of the representative for organization/company above	住所 Address	印 Signature	
放射線防護主任者機関名 Name of organization/company of the radiation protection supervisor	住所 Address	印 Signature	
氏名 Name	住所 Address	印 Signature	
E-mail			

(2014/2)