

放射線業務等従事証明書

公益財団法人 高輝度光科学研究センター
安全管理室長 殿

下記の者において当事業所における放射線業務に関する項目を証明します。

1. 作業者

フリガナ :
氏名 :
生年月日 : (西暦) 年 月 日 性別: 男性 ・ 女性

2. 放射線業務従事登録期間

期間 : (西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日

3. 教育訓練

直近の教育訓練実施日 : (西暦) 年 月 日実施

放射線の人体に与える影響	分
放射性同位元素又は放射線発生装置の安全取り扱い	分
放射性同位元素及び放射線発生装置による放射線障害の防止に関する法令	分
放射線障害予防規程	分

4. 被ばく線量

a) 1989(平成元)年 3 月 31 日以前の実効線量
(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 mrem (検出限界以下回数 回)

b) 1989(平成元)年 4 月 1 日以降の実効線量
(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 mSv (検出限界以下回数 回)

b) 期間のうち、年度毎の実効線量(2016~2020 年度分)

年度	年 月 日 ~	年 月 日	mSv	(検出限界以下回数 回)
年度	年 月 日 ~	年 月 日	mSv	(検出限界以下回数 回)
年度	年 月 日 ~	年 月 日	mSv	(検出限界以下回数 回)
年度	年 月 日 ~	年 月 日	mSv	(検出限界以下回数 回)
年度	年 月 日 ~	年 月 日	mSv	(検出限界以下回数 回)

5. 過去に受けた放射線障害 無 ・ 有

6. 過去の健康診断結果における特記事項等 無 ・ 有

上記のとおり相違ありません。 (西暦) 年 月 日

証明機関名

証明者職・氏名

印