放射線業務従事者等承認申請書(2026 年度)

Radiation Worker Application Form
(For External User / Supplier)

新規

受付番号 Receipt No Bp202610280002

作成日 20 26 年Y 10 月M 28 日D

国立研究開発法人理化学研究所 播磨 安全管理課長 殿
To RIKEN the Manager of Harima Safety Section

所属機関名称 Name of affiliation 放射光大学

所属長職・氏名 Name and title of the supervisor 学部長 放射光 太郎

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	☐ 理研他地区職員、理研客員研究員、研修生 RIKEN Employee(non-Harima), RIKEN Visiting Scientist, RIKEN Student Trainee ☐ 理研外部利用者 External User ☐ 登録機関(JASRI) JASRI ☐ 専用BL設置者 Contract Beamline ■ 放射光利用ユーザー SPring-8/SACLA User ☐ 常駐業者 Regular stay external company ☐ 外来業者 External company		
フリガナ Furigana	リヨウ タロウ	生年月日 Date of birth	1988 年Y 01 月M 01 日D
氏名 Name	利用 太郎	性別 Sex	男
		■ ユーザーカード No. User Card No.	0000000
E-mail	aaa@XXX.ac.jp	☐ SPring-8 ID No.	
		☐ 理研 ID No. RIKEN ID No.	
所属機関 部署名 Name of affiliation division	工学部	身分 Position	教授
住所 Affiliation address	〒 Zip code (postal code) 679-5198 Phone 0000-0000-0000 兵庫県佐用郡佐用町光都1-1-1		

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)		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.)	JASRI利用推進部 印 Signature		
主な作業内容 Work	■ 放射光実験 Beamline use ☐ 工事・保守作業 Construction/Maintenance ☐ リモート実験(立入なし) Remote Experiment (No Entry) ☐ その他 Others ( )	利用施設名 Work Place	■ SPring-8・SACLA実験ホール SPring-8/SACLA Experimental Hall ☐ SACLA加速器棟・光源棟・XSBT,組立調整実験棟 SACLA (Accelerator,Undulator Bld.,XSBT),SCSS ☐ シンクロトロン・SRマシン収納部 Synchrotron,SR Tunnel, ☐ RI実験棟 RI Laboratory ☐ マシン実験棟 Machine Laboratory ☐ その他 Others ( )

私は、国立研究開発法人理化学研究所の諸規程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 20 26 年Y 10 月M 28 日D (氏名Name) 利用 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、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2026 年 10 月 28 日至2027 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 e
Also, I authorize the applicant to engage in

労務管理者(責任者)の場合は教育訓練受講日、電離放射線健康診断受診日を記入が必須です。
放射線取扱主任者管理の場合は教育訓練、電離放射線健康診断の日付は不要です。

教育訓練受講日 Date of training in radiation workers	2026 年Y 09 月M 20 日D	電離放射線健康診断受診日 Date of ionizing radiation medical examination	2026 年Y 10 月M 05 日D
健康診断について(直近の結果を記入) Health check (the result of the latest)	■ 異常なし(労務管理者(責任者)の場合は電離放射線健康診断の記録の写しを提出してください) Normal (Submit a copy of ionizing radiation medical examination for the case of certification by RPLM)(domestic affiliation only) ☐ 異常あり(医師の意見が記載された電離放射線健康診断の記録の写しを提出して下さい) Not normal (Submit a copy of ionizing radiation medical examination with a medical opinion)		
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)	■ 1mSv 未満 Less than 1mSv ☐ 1mSv 以上(mSv)です。(医師の意見が記載された電離放射線健康診断の記録の写しを提出して下さい) More than or equal to 1mSv (Submit a copy of ionizing radiation medical examination with a medical opinion)		

対象者の人事権をお持ちで所属長職以上の方。
対象者が放射線業務を行うことを承諾する方。

所属機関名称 Name of affiliated organization/company	放射光大学	
住所 Address	〒679-5198 兵庫県	
代表者職・氏名 Name and title of the representative for the organization above	学長 主任 太郎	職印 Signature
放射線取扱主任者又は労務管理者(責任者)機関名 Name of organization/company belonging to the Radiation Protection Supervisor or Responsible Person of Labor Management	放射光大学	
住所 Address	〒679-5198 兵庫県佐用郡佐用町光都1-1-1	
放射線取扱主任者又は労務管理者(責任者)職・氏名 Name and title of Radiation Protection Supervisor or Responsible Person of Labor Management	総務部長 総務 管太朗	印 Signature

放射線取扱主任者管理の場合は役職を 放射線取扱主任者 と記入ください。
労務管理者(責任者)の場合は人事部署の長、労務上の責任者など、役職をご記入ください。

(2026/02)