障-様式-001

放射線被ばく線量の測定結果に関する証明書\*1

　　　年　　　月　　　日

京都大学複合原子力科学研究所

ＲＩ管理室長　中央管理室長　核燃料管理室長　放射線取扱主任者　殿

　下記の者の被ばく線量の測定結果は以下のとおりであることを証明します。\*2

ふりがな

氏名 性別[男・女]　 生年月日 西暦 年 月　 　日生

1. 昭和63年度以前の累積実効線量 期間（昭和 年度～昭和63年度）

 mrem（ X）

1. 平成元年度以後前年度までの累積線量　期間（ 年度～ 年度）

 実効線量 mSv（ X）

 等価線量 皮膚 mSv

 　　　　　　　　　　　 眼の水晶体 mSv

 その他（ ） mSv

1. 前年度までの過去4年間の実効線量及び眼の水晶体の等価線量

 例） 〇〇〇 年度（実効線量） XXX /（水晶体の等価線量） XXX mSv

 年度（実） /（水） mSv　　 年度（実） /（水） mSv

 年度（実） /（水） mSv　　 年度（実） /（水） mSv

1. 今年度の線量（ 年　　　月～ 月）**（年度途中に入所される方のみ記入）**

 実効線量 mSv（ X）

 等価線量 皮膚 mSv　　眼の水晶体　 mSv

 その他（ ） mSv

1. 今年度の四半期毎の実効線量**（年度途中に入所される女子のみ記入）**

 　 年度　 月～ 月） mSv 　 　 年度　 月～ 月） mSv

 　 年度　 月～ 月） mSv 　 　 年度　 月～ 月） mSv

　 妊娠中の女子は妊娠からの被ばく歴を別紙にて提出してください。　別紙　[有・無]

　　機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理責任者（放射線取扱主任者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名

住　所（〒 　　）

　　　　　　　　　　　 　　　　氏名　　　　　　　　　　印

　　 Tel.

　　　 E-mail