

平成 () 年度 放射線業務従事者名簿(新規, 復帰)

所 属								健 康 診 断			認 定	備 考		
No.	氏 名	フリガナ	身 分	区 分 (いずれかに○)	IDNo. (復帰者のみ記入)	個人被ばく 線量計No. (5桁)	年次講習	個人カード (当センターに提出して ある場合○を記入)	問 診※	検 査 項 目				
										血 液			皮 膚	眼
1				新規 / 復帰										
2				新規 / 復帰										
3				新規 / 復帰										
4				新規 / 復帰										
5				新規 / 復帰										
6				新規 / 復帰										
7				新規 / 復帰										
8				新規 / 復帰										
9				新規 / 復帰										
10				新規 / 復帰										
11				新規 / 復帰										
12				新規 / 復帰										
13				新規 / 復帰										
14				新規 / 復帰										
15				新規 / 復帰										

太枠欄内を記入してください。

※問診で健康管理医又は産業医により検査の必要がないと判定された人は問診欄に「○」、各検査項目欄には「-」を記入。

あると判定された人は、問診欄に「◎」、各検査項目欄に受検した日付「** (西暦下2桁) / ** / **」を記入。