RI-P-02

**学外施設利用報告書**

 　東海大学　湘南放射線管理センタ－

|  |  |
| --- | --- |
| 代表者名(教職員に限る)連絡先 |   　　印 　　　　部　　　　　　　　学科 　　内線：E-Mail： |
| 利用施設名（担当責任者） |  |
| 利用者名 | 氏名 | 所属学生証番号 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 利用期間 |  年 月 　 日 （　）～　　　 年　　月　　日（　） |
| 被ばくの有無等放射線作業の内容、時間、主な使用核種等必要な範囲で具体的に記入願います |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 　備　　考 |  | 主任者 |  | センター受付 |
|  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※太枠内を記入　20191001