

年 月 日

国立大学法人東京大学大学院

工学系研究科原子力専攻

専攻長 殿

機関名
所在地(〒)
電話番号
放射線取扱主任者氏名 印

下記の者は、当機関で放射線業務従事者として、法定の管理を受けていることを証明します。

フリガナ 氏名	性別
生年月日	年 月 日
所属	職名
昭和63年度までの集積線量	mrem
平成元年度～今年度の実効線量	mSv
過去5年間の実効線量	年度 (X－4年度) mSv
	年度 (X－3年度) mSv
	年度 (X－2年度) mSv
	年度 (X－1年度) mSv
	年度 (今年度＝X年度) mSv

※ 電離放射線健康診断記録の写し及び教育訓練記録の写しを添付してください。