

平成22年4月16日

関係各部署長  
前回課題申込責任者 殿

サイクロトロン・  
ラジオアイソトープセンター長  
[ 公 印 省 略 ]

### R I 棟共同利用課題募集について（通知）

この度の本センターサイクロトロン実験棟の改修工事に伴うR I 棟の共同利用停止により、利用者の皆様には大変ご迷惑をおかけしました。

改修工事も完了し、R I 棟の各実験室整理の目処が付きましたので、下記のとおりR I 棟共同利用（長期間）課題の募集を開始いたします。

平成22年度から、R I 棟の長期間（数週間以上）利用の申込については、半年毎に課題募集をいたします（通常、3月と9月の年2回）。ただし今回の募集につきましては、共同利用再開が5月からとなりますので、特別に4月の募集となります。

なお、R I 棟の短期間（数日程度）利用については、課題申込を随時受け付けております。ただし各共同利用実験室の利用については長期間利用者の利用を優先いたしますので、申込の前にセンター放射線管理室までお問い合わせ下さい。

以上のことにつきまして、貴部局研究者各位にご周知くださいますようお願いいたします。

### 記

#### 1. 共同利用期間

平成22年5月11日（火）～平成22年9月30日（木）まで  
（ただし、8月中旬に2週間程度の利用休止期間あり）

#### 2. 申込締め切り

**平成22年4月30日（金）** 期日厳守

#### 3. 共同利用申込書

様式は別紙1のとおり（**今回から申込書の様式が変更となりましたのでご注意ください。**）

\* **課題内容が動物実験または遺伝子組換え実験に該当する場合は、別紙2「センター内で動物実験や遺伝子組換え実験を行う際の諸注意」をご覧ください。**

#### 4. 申込方法

申込書（別紙1）を電子メールに添付の上、下記アドレスまでご送信ください。  
または、郵送（封筒に「RI棟共同利用申込書類在中」と朱書）か、センターRI棟の放射線管理室に直接お持ちいただいても結構です。

申込先（問い合わせ先）

学内便番号：青A19 サイクロトロン・ラジオアイソトープセンター放射線管理室  
E-mail: [yukihide@cyric.tohoku.ac.jp](mailto:yukihide@cyric.tohoku.ac.jp) （担当：結城 TEL:022-795-7808）

#### 5. 留意事項

##### （1）課題申込書の書き方に関する申し合わせ事項

- ・課題申込責任者は、原則東北大学職員であること。
- ・実験責任者は、実際に研究に参加する東北大学職員であること。
- ・実験責任者及び参加者（見学者を除く）は、本センター放射線取扱有資格者であること。
- ・実施に際して課題申込書から変更せざるを得ない時は、本センターまで必ず連絡すること。

**【注】**以上の申し合わせ事項に反した時は、課題を認めない場合があります。

##### （2）実験責任者及び参加者について

- ・実験責任者及び参加者（見学者を除く）は、本センター放射線取扱有資格者であることが条件となっています。
- ・平成22年度分の本センター様式「放射線業務従事者証明書及び所外における放射線作業承認」（別紙3）を提出していない場合は、すみやかに提出して下さい。
- ・平成21年度に本センターの「放射線取扱有資格者講習」か「再教育」を受講していない場合は、すみやかに受講申し込みをして下さい。

**【注】**特に上記講習を数年間受講していない利用者がある時には、課題を認めない場合があります。

「放射線業務従事者証明書及び所外における放射線作業承認」提出先

学内便番号：青A19 サイクロトロン・ラジオアイソトープセンター放射線管理室

「放射線取扱有資格者講習」および「再教育」受講受付：放射線管理室（担当：結城）

TEL：022-795-7808 FAX：022-795-7809 E-mail：[yukihide@cyric.tohoku.ac.jp](mailto:yukihide@cyric.tohoku.ac.jp)

## R I 棟 共同利用申込書及び実験計画書 (長期)



提出日 平成 年 月 日

研究課題名							
課題申込責任者名		所属・身分・電話番号		実験責任者名		所属・身分・電話番号	
実験参加者名		所属・身分・電話番号		実験参加者名		所属・身分・電話番号	
利用希望期間		平成 年 月 日		～ 平成 年 月 日			
利用希望期間内の時間外使用の有無と日数				有 ・ 無		約 日間予定 (有の場合記入)	
利用室 (室名を で囲むこと)	共同利用実験室系 (長期利用者優先)			その他の共通設備室			
	1. 【2F】共同利用実験室 (1) 2. 【2F】共同利用実験室 (2) 3. 【2F】共同利用実験室 (3) 4. 【2F】共同利用実験室 (4) 5. 【3F】共同利用実験室 (5) 6. 【3F】物理実験室 7. 【3F】化学実験室			A. 【1F】動物用PET装置室 B. 【1F】ホットラボラトリー C. 【1F】中性子源室 D. 【2F】低レベル共通実験室 E. 【2F】生化学測定室 F. 【2F】天秤室 G. 【2F】測定室		H. 【3F】生物実験室 I. 【3F】カメラ装置室 J. 【3F】液シン室 K. 【3F】暗室 L. 【3F】測定室 M. その他( )	
使用RI	核種	化合物名	使用数量 [Bq]		使用室 (上欄「利用室」の数字かアルファベットを記入)		
			1日最大使用数量	3ヶ月間使用数量			
非密封							
密封							
実験概要 (RIやRI棟の設備・装置の使用について)							
動物実験に		該当する 該当しない		遺伝子組換え実験に		該当する 該当しない	
承認番号 (該当の場合):				承認番号 (該当の場合):			
その他 (CYRICへの要望など)							

\* ) 下欄については記入不要です。

センター長	事務長	事務室長	放取主任者(正)	放取主任者(副)	受付	受付番号
						RI -

センター内で動物実験や遺伝子組換え実験を行う際の諸注意

- \* 動物実験や遺伝子組換え実験に該当する実験のR I棟共同利用申込書を提出の際には、それぞれ「動物実験計画承認通知書」や「遺伝子組換え実験計画承認通知書」の承認番号を、指定の欄に記入して下さい。
- \* 上記の場合、それぞれ「動物実験計画承認通知書」や「遺伝子組換え実験計画承認通知書」、および対応する「動物実験計画書」【様式1(規程第10条)】や「遺伝子組換え実験計画申請書」【別記様式A】のコピーを添付して下さい。  
(ただし、一度提出した同一の承認番号の書類については省略可。)
- \* 動物実験内容の変更により「動物実験計画変更申請書」を提出した場合は、総長からの承認があり次第、直ちに本センターにもその写しを提出して下さい。
- \* 動物実験申請書や遺伝子組換え実験計画申請書の様式が最近改正されております。申請する場合は新しい様式で申請して下さい。

動物実験申請書様式(動物実験センター)

<http://www.clar.med.tohoku.ac.jp/format.html>

遺伝子組換え実験計画申請書様式(遺伝子実験センター)

<http://www.cgr.tohoku.ac.jp/format>

**【問合せ先】**

サイエンス・リサーチ・センター事務室(担当:民部田)

電話:022-795-7800

FAX:022-795-7997

e-mail:[cyric-jm@bureau.tohoku.ac.jp](mailto:cyric-jm@bureau.tohoku.ac.jp)

CYRIC ID NO	
個人コード NO	

放射線業務従事者証明書及び所外における放射線作業承認

東北大学サイクロトロン・  
ラジオアイソトープセンター長

平成 年 月 日

機関名  
 (部局) \_\_\_\_\_  
 機関の長又は  
 放射線取扱主任者名 \_\_\_\_\_ 印

下記の者が当機関(部局)における放射線業務従事者であることの証明及び東北大学サイクロトロン・ラジオアイソトープセンターで放射線作業に従事することを承認致します。

尚 次の事項について申し添えます。

- (1) 下記の者の放射線作業については、貴事業所の放射線取扱主任者の指示に従わせます。
- (2) 下記の者の被曝管理等については、当方において記録及び保管を行います。
- (3) 下記の者の被曝、健康診断、教育訓練の内容を裏面に記します。

記

氏名	ふりがな		性別	男	身分	生年月日	
				女			
所属	学部・学科・講座名(研究所名・部門名、附属病院、診療所名) 電話(内線)				経験年数		
サイクロトロン・ラジオアイソトープセンターにおける放射線作業予定期間			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
【放射線作業内容】該当するものを で囲む(複数可)							
使用場所	1. サイクロトロン棟 2. RI棟 3. 研究棟 4. 有機廃液処理室	作業内容	1. 加速器 2. 密封RI・非密封RI 3. X線発生装置(CT等) 4. PET等その他の設備			その他のコメント	
携帯する被曝線量測定器の種類 (該当するものを で囲む)			ガラスバッジ・クイクセルバッジ・その他( )				

(裏面あり)

1) 被曝歴(平成 年 月 日 現在)

前年度の実効線量	m S v	水晶体	m S v	皮膚	m S v
今年度の実効線量	m S v	水晶体	m S v	皮膚	m S v

2) 健康診断 注1)

(1) 問診年月日	平成 年 月 日				
(2) 検診年月日	平成 年 月 日	医師名		異常の有無	有・無
<p>受診部位又は項目(該当するものに 印をつける)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. 抹しょう血液中の血色色素量又はヘマトクリット値、赤血球数、白血球数及び白血球百分率</li> <li>. 皮膚</li> <li>. 眼</li> </ul>					

3) 教育訓練 注2)

初めて管理区域に立入る前の教育訓練名	受講年月日
最新の教育訓練名	受講年月日

備考
----

- 注1) (1) 新規の放射線業務従事者は必ず受診することが必要です。  
 (2) 過去1年以内に実施された健康診断について記入

- 注2) (1) 教育訓練免除の証明は理由と共に備考欄に記載して下さい  
 (2) 初めて管理区域に立入る前については新規の放射線業務従事者のみ記入  
 放射線障害予防法教育及び訓練の時間を定める告示平成3年11月15日科学技術庁告示第10号第1項に定めるもの  
 (3) 最新の教育訓練は過去1年以内に受講した教育訓練