辐射工作开展登记表

（申请表一式三份，课题组、学院、实验室处各持一份）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 联系方式 |  | 学号 |  |
| 导师姓名 |  | 联系方式 |  | 所属学院 |  |
| 辐射考核合格证编号  （复印件后附） | |  | 合格证有效期 |  | |
| 辐射工作体检日期  （复印件后附） | |  | 是否可以从事辐射工作 | | □是 □否 |
| 本人已取得辐射考核合格证，体检结果符合开展辐射工作要求。同意遵守学校辐射工作管理要求，按期进行信息报备、填写辐射仪器动态台账、参与集中体检等，并在辐射工作结束后及时提交辐射工作结束登记表及参加离职体检。**（申请人手抄）**  申请人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 同意申请人开展辐射工作，并对申请人的辐射工作开展情况进行安全监管。  **（申请人为教师时不填写本栏）**  导师签字：  年 月 日 | | | | | |
| 同意该课题组开展辐射工作，定期对该课题组辐射安全工作进行检查。  单位业务负责人签字（单位章）：  年 月 日 | | | | | |
| 实验室处审核意见：  服务中心主任签字： 实验室处业务负责人签字（单位章）：  年 月 日 | | | | | |