武汉理工大学辐射工作人员登记表

**附表五**：

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 所在实验室 |  |
| 手机 |  | 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 毕业学校 |  | 学历 |  | 职工号 |  |
| 身份 | 本科生□ ；研究生□ ；在职教职工□ ；临时聘用□  | 专业 |  |
| 拟从事的辐射工作 |  | 拟从事辐射工作时间 | 从 年 月至 年 月 |
| 序号 | 取得辐射培训合格证时间 | 合格证编号 | 序号 | 取得辐射培训合格证时间 | 合格证编号 |
|  |  年 月 日 |  |  |  年 月 日 |  |
|  |  年 月 日 |  |  |  年 月 日 |  |
| 序号 | 辐射工作人员职业健康体检时间 | 职业健康体检结论 |  | 辐射工作人员职业健康体检时间 | 职业健康体检结论 |
|  |  年 月 日 |  |  |  年 月 日 |  |
|  |  年 月 日 |  |  |  年 月 日 |  |
| 是否按照规定佩戴个人剂量计： 是□ /否□ 佩戴起止时间：  |
| **辐射工作人员承诺**我已学习掌握国家辐射安全相关法律法规和辐射安全防护相关知识以及学校相关规定。我将严格遵守国家及学校辐射安全相关管理制度，确保不危害人身、环境安全及学校安全，认真履行辐射工作人员岗位职责，佩戴个人剂量计上岗。如有违反，造成不良后果的，我本人自愿承担相应责任。本人签名： 年 月 日 |
| 实验室意见负责人签名：年 月 日 | 单位意见安全管理员审核（签名）：单位意见：负责人签名：（单位公章） 年 月 日 | 实验设备处意见（签名、单位公章）年 月 日 |

说明：每学期第一月底前报实验设备处备案。职业健康体检前请告知实验设备处，统一安排。