

被ばく積算線量報告書

氏名： _____

カナ氏名： _____

生年月日： _____

性別： _____

●以前の事業所(所属していた病院や施設)の個人被ばく線量計(バッジ)について

外部委託業者：①長瀬ランダウア ②千代田テクノル ③その他

事業所(施設)名： _____

①長瀬ランダウアの場合

追加で提出する書類等はありません。

②千代田テクノルの場合

「個人線量算定値管理票」の写しを提出してください。「個人線量測定値管理票」と間違わないように注意してください。管理票が無い場合は、③その他の場合に進んでください。

③その他の場合

以下の表を埋めてご提出してください。

2001年4月以降の積算線量および最小検出限界未満の回数

最終年度線量（4月1日を始期とする1年間）					実効線量	水晶体等価線量	累計	累計開始日
実効線量	水晶体	皮膚	腹部(女子)	着用終了日	5年累計	5年累計		
mSv	mSv	mSv	mSv	年	mSv	mSv	mSv	年
回	回	回	回	月 日	回	回	回	月 日

ブロック5年線量	年度	年度	年度	年度	年度	計
実効線量	mSv	mSv	mSv	mSv	mSv	mSv
	回	回	回	回	回	回
水晶体等価線量	mSv	mSv	mSv	mSv	mSv	mSv
	回	回	回	回	回	回

施設名 _____