様式33　　　　　　　　　**放射線業務従事者　登録抹消申請書**

|  |
| --- |
| **所属部局等**（正式な所属をご記入下さい：職員証，学生証等に記載されている名称）□研究科　　　　　　　　　　　　　　　　　　□専攻□学　部　　　　　　　　　　　　　　　　　　□学科　　　　　　　　　　　　　□研究所　　　　　　　　　　　　　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**生年月日**　：　　　　　年　　月　　日　　**メールアドレス**：　　　　　　　　@ 　　　　　　　　　　　**電話番号**（内線）：　 　　　　　　**抹消希望年月日：**　　　　　年　　　月　　　日上記の通り，放射線業務従事者としての登録抹消を申請します。**申請年月日**：　　　　　年　　　月　　　日**申請者氏名**：　　　　　　　　　　　　　（申請者氏名は研究室の責任者名をご記入ください） |
| ※以下，申請者記入不要

|  |  |
| --- | --- |
| **工 学 研 究 科 長 殿** | * 登録番号

工　第　　　　　　　号　 |

 |

※この書面を提出する時は，教育訓練の受講と特殊健康診断の受診を証明する書面を添付してください。