辐射工作结束登记表

（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 |  |
| 辐射工作时长  （年月至年月） |  | | 剂量监测卡 | □待归还 □丢失 | |
| 定期集中体检 | □参与 □未参与 □工作时长较短，未参与 | | | | |
| 本人已完成全部辐射工作。同意遵守学校辐射工作管理要求，进行个人信息更新、归还剂量监测卡，并按时参与集中离职体检。如不能参与集中体检则自行完成离职体检并向实验室处提交体检信息复印件用于备案。**（申请人手抄）**  申请人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 同意申请人结束辐射工作，并敦促申请人完成离职体检。  **（申请人为教师时不填写本栏）**  导师签字：  年 月 日 | | | | | |
| 同意该课题组结束辐射工作。  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 | | | | | |