別紙様式２

２０２４年度放射性同位元素使用実験計画書

弘前大学アイソトープ総合実験室長　殿

実験責任者所属　　　　　　　職名　　　　　　　氏名　　　　　　　　　 　　　　　　　2024年　　月　　日

下記の放射性同位元素使用実験計画書を提出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新　　　　　規  　この放射性同位元素使用実験計画は のものです。（該当する方を囲むこと。）  　　 前年度より継続  前年度より継続の実験の場合は前年度の承認番号を必ず記入すること。［　　　　　　　　　　］ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 使用者の所属・身分及び氏名  (複数の場合は主な者に○印を付けること。) | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 非密封 | 核種 | | |  | | 標識化合物名 |  | | | | 購入単位 | Ｂｑ | | | １日の使用量 | | Ｂｑ |
| 密封 | 核種 | | | □ Co-57　□ Cs-137 | | | 週毎の使用時間（密封RI使用の場合のみ記載） | | | | | | | | 時間/週 | | |
| 使用期間 | | 2024 年 月 日～　　 年 月 日 | | | | | | | | | 使用の場所 | | アイソトープ総合実験室 | | | | |
| 使用目的 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 使用方法 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実験の種類 | | | □　動物実験　□　毒劇物使用　（該当項目があればチェックしてください。） | | | | | | | | | | | | | | |
| 操作手順(ＲＩを取り扱う１手順前から、又操作に数日かかる場合はその区切りも書くこと。) | | | | | | | | | | | | | | | | 所要時間 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 実験の安全性について  （必ず記載のこと。） | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 実験室内使用機器 | | | | | 3.ﾌﾙｵﾛｲﾒｰｼﾞｱﾅﾗｲｻﾞｰ | | | 6. ウォーターバス | | 9. 冷蔵庫 | | | | 実験者持込み機器 | |  | |
| 1.液体シンチレーションカウンタ | | | | | 4. 遠心機 | | | 7. アスピレーター | | 10. フリーザー | | | |  | |  | |
| 2.オートウエルガンマカウンタ | | | | | 5. 炭酸ガス培養器 | | | 8. 乾燥器 | | 11. Ｄ.フリーザー | | | |  | |  | |

放射性同位元素使用実験計画承認書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 上記の放射性同位元素の使用実験計画を承認します。使用に際しては、関係法令及び弘前大学アイソトープ総合実験室放射線障害予防規程に従い、アイソトープ総合実験室長、アイソトープ総合実験室安全管理専門委員会、放射線取扱主任者、実務担当者の指示、注意事項を守り安全に取り扱ってください。 | | | | | | | |
| 備考 | | | | 室　長 | 安全管理専門委員 | 主任者 | 担当者 |
|  |  |  |  |
| 承認年月日 | 2024 年 　　月 　　日 | 承認番号 |  |

※　使用者が学生や研究生等である場合は、指導教員(実験責任者)名で提出してください。

※　実験期間は最長で年度内としてください。次の年度にかかる場合は再提出してください。

※ この実験計画が承認された場合、提出者に写しを交付し、正本を弘前大学アイソトープ総合実験室で保管します。