

附件三（雇主或設施經營者調查報告使用）

輻射工作人員劑量異常案件調查報告表

填表日期： 年 月 日

受曝當事人姓名：	出生日期： 年 月 日	服務單位/部門：
	身分證字號/居留證：	
本次劑量計使用期間： 年 月 日至 年 月 日		電話：
本期(次)劑量： 有效劑量：_____毫西弗個人 等效劑量Hp(0.07)：_____毫西弗個人 等效劑量Hp(3)：_____毫西弗	今年累積劑量： 有效劑量：_____毫西弗個人 等效劑量 Hp(0.07)：_____毫西弗個人 等效劑量 Hp(3)：_____毫西弗 連續五年週期(~ 年)累積有效劑量：_____毫西弗	
一、輻射作業場所調查內容	發生時間：	發生地點：
	(請詳述原因、經過、使用設備等，並附上工作日誌等紀錄。)	
二、輻射作業場所研提檢討改善及防範措施	(請說明如何防止類似案件再度發生。若認定該超限劑量非其實際所接受之劑量，應提出劑量修正建議申請，並應詳述修正值之理論根據；例如劑量重建之評估方法、計算參數等。)	
受曝當事人簽章：	輻防人員簽章 ^(註1) (輻防證書字號)：	雇主或設施經營者簽章：

註1：依規定免設置輻射防護人員之雇主或設施經營者，需委由核安會認可之從事輻射防護偵測業者簽認。

註2：本表請自行影印保存備查，保存年限適用游離輻射防護法施行細則第 7 條。

註3：各欄空格不足請自行加頁補充。核安會輻射防護組傳真(02)82317829及郵件abnormaldose@nusc.gov.tw。