

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：
	身分證字號：	
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 $H_p(0.07)$ ：_____毫西弗 個人等效劑量 $H_p(3)$ ：_____毫西弗		今年累積劑量：有效劑量：_____毫西弗 個人等效劑量 $H_p(0.07)$ ：_____毫西弗 個人等效劑量 $H_p(3)$ ：_____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	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事件再度發生。 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。）	
	◎輻防人員簽章 受曝當事人簽章：_____（證書字號）：_____場所主管簽章：_____	

\* 各欄空格不足請自行加頁補充，本附表請自行影印留存備查。

\* ◎依規定並未要求設置輻射防護人員之場所，需委由原能會認可之從事輻射防護偵測業者簽認。