住所		郵便番号（　　） 都道府県 電話番号（　　）
許可証の年月日及び番号		
工場又は事業所廃棄事業所	名称	
	所在地	郵便番号（　　） 都道府県 電話番号（　　）
事務上の連絡先	名称	
	所在地	郵便番号（　　） 都道府県 電話番号（　　）
	連絡員の氏名（注４）	所属部課名（　　） 電話番号（　　） ＦＡＸ番号（　　） メールアドレス（　　）
貯蔵施設の貯蔵能力等（注５）	10テラベクレル以上の密封された放射性同位元素の個数	
	密封されていない放射性同位元素に係る貯蔵能力	
	放射線発生装置の種類、台数及び性能	
前回の施設検査に合格した年月日		年　月　日
前回の定期確認を受けた年月日		年　月　日
定期確認希望年月日		年　月　日

注　１　「整理番号」　この欄には、記載しないこと。
　　２　「所定の金額の収入印紙をはり、消印をしないこと。」　文部科学大臣に申請する場合は、手数料の額に相当する収入印紙を貼り付け、登録確認機関に申請する場合は、収入印紙に代えて当該登録確認機関の定期確認業務規程に定めるところによる料金を当該登録確認機関に納付すること。
　　３　「文部科学大臣」　登録確認機関に申請する場合は登録確認機関の長あてとすること。
　　４　「連絡員の氏名」　ＦＡＸ番号及びメールアドレスについては、可能な範囲で記載すること。
　　５　「貯蔵施設の貯蔵能力等」　許可廃棄業者にあつては、放射性廃棄物に係る廃棄物貯蔵施設の貯蔵能力について記載すること。
備考１　この用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４のつづり込式とすること。
　　２　この申請書の提出部数は、１通とすること。
　　３　氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。

様式第十八（第18条の15関係）

整理番号　（注１）		

運　搬　確　認　申　請　書

所定の金額の収入印紙をはり、消印をしないこと。（注２）

年　月　日

文部科学大臣　殿（注３）

氏　名　（法人にあつては、その名称及び代表者の氏名）　㊞

放射性同位元素等による放射線障害の防止に関する法律第18条第２項の規定により運搬の確認を申請します。

氏名又は名称		
法人にあつては、その代表者の氏名		
住所		郵便番号（　　） 都道府県 電話番号（　　）
事業所等又は事務所	許可届出使用者等の区分　（注４）	
	名称	
	所在地	郵便番号（　　） 都道府県 電話番号（　　）
事務上の連絡先	名称	
	所在地	郵便番号（　　） 都道府県 電話番号（　　）
	連絡員の氏名（注５）	所属部課名（　　） 電話番号（　　） ＦＡＸ番号（　　） メールアドレス（　　）
運搬の目的（注６）		
運搬予定時期		年　月　日
	放射性輸送物の名称（注７）	
	放射性輸送物の種類（注８）	