

## Anmeldung bei der Abteilung Strahlenschutz -Personendosimetrie WCRC-

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:       männlich       weiblich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Nationalität (alle): \_\_\_\_\_

SSR-Nummer: XXXXXXXXXX

Abteilung : \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
(SSB oder Vorgesetzten)

Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
(des SSB oder Vorgesetzten )

Ich möchte für die Zeit vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ ein Dosimeter beantragen.

Ich habe bereits in Strahlenschutzbereichen gearbeitet: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

bei (Adresse): \_\_\_\_\_

Ich habe bisher nicht in Strahlenschutzbereichen gearbeitet.

Datum	Name/Unterschrift	Telefon im HZB
-------	-------------------	----------------

Mitarbeiter : \_\_\_\_\_

Abt.-Leiter/  
Betreuer : \_\_\_\_\_

