

# 放射能測定検査依頼書

一般社団法人 群馬県薬剤師会環境衛生試験センター  
 〒371-0013 群馬県前橋市西片貝町五丁目18番地の36  
 TEL 027-223-6355 FAX 027-243-2967

依頼日	年	月	日
日付印	受付番号		

太枠内の記入をお願いいたします。

依頼者	フリガナ			※依頼者コード
	依頼者名	印		
	〒	-		
	住所			※顧客コード
	担当者 (所属・氏名)			
	TEL	FAX		
以下は依頼者と異なる場合にご記入ください。				※コード
	請求先 (住所・宛名)	〒	-	
	成績書宛名			
	成績書送付先 (住所・宛名)	〒	-	

下記のとおり検査を申し込みいたします。

試料名			
採取場所			
採取日時	西暦	年	月 日 時 分
採取者 (所属・氏名)		立会人 (所属・氏名)	
区分 (○をつけてください)	飲料水 食品 汚泥 土壌 その他( )		
検査方法 検査項目 (○をつけてください)	・ゲルマニウム半導体検出器を用いたγ線スペクトロメトリーによる核種分析法 (放射性ヨウ素131、放射性セシウム134、137の測定)  ・NaI(Tl)シンチレーションサーベイメータを用いた測定  ・モニタリング測定(放射性ヨウ素又は放射性セシウム)  ・空間線量率		

※試験センター記入欄

・依頼書に記載された内容は検査の目的以外には使用しません。また、検査等より知り得た情報は第三者に開示いたしません。  
 ・弊社で廃棄困難な試料については、返送する場合があります。