

室内空气中化学物質分析依頼書

一般社団法人 群馬県薬剤師会長 様

認定番号 ()

検査項目	① 2成分 (ホルムアルデヒド、トルエン) 2. 4成分 (ホルムアルデヒド、トルエン、キシレン、p-ジクロロベンゼン) 3. 6成分 (ホルムアルデヒド、トルエン、キシレン、p-ジクロロベンゼン、スチレン、エチルベンゼン) 4. その他 ()		
採取日時	西暦 ○○○○年 ○○月 ○○日 午前・午後 ○○時 ○○分から		
	西暦 ○○○○年 ○○月 ○○日 午前・午後 ○○時 ○○分まで(合計 ○○時)		
室温	測定開始時 ○ °C	測定中間時 ○ °C	測定終了時 ○ °C
	午前・午後 ○ 時 ○ 分	午前・午後 ○ 時 ○ 分	午前・午後 ○ 時 ○ 分
採取状態(換気)	1. 無(密閉) 2. 有(窓等を開放して自然換気・常時換気システム等で強制換気)		
採取場所	○○室		
採取者	事業所の所在地 前橋市△△町		
	事業所の名称 株式会社○○○		
	所属 ○○課	氏名 環境 太郎	
立会人	所属 ○○課	氏名 環境 花子	
備考			

検査を依頼する項目に○をつけてください。

必ず記入してください。

該当する項目に○をつけてください。

上記のとおり試験検査を依頼します。

西暦 ○○○○年 ○○月 ○○日

依頼日を記入してください。

依頼人 〒 ○○○-○○○○

住所 群馬県前橋市○○町○-○○

氏名 株式会社○○○



会社名、所属、担当者の氏名を記入し押印してください。会社印が押印出来ない場合は、担当者の押印をお願いします。
★郵便番号、住所、電話、FAX番号も必ず記入してください。

電話番号: ○○○-○○○-○○○○

FAX番号: ○○○-○○○-○○○○

検体番号 _____

環境衛生試験センター記入欄:

一般社団法人 群馬県薬剤師会 環境衛生試験センター 新館

〒371-0013 群馬県前橋市西片貝町五丁目23番地の10

TEL 027-223-6355 FAX 027-243-2967