

放射能測定検査依頼書

依頼日 ○○年○月○日
 日付印 受付番号

依頼日を記入してください。

一般社団法人 群馬県薬剤師会長 様

太枠内の記入をお願いいたします。

依頼者	フリガナ	カブシキガイシャ○○○	※依頼者コード
	依頼者名	株式会社○○○	※顧客コード
	〒	○○○-○○○	
	住所	群馬県前橋市○○町○-○○-○	※コード
	担当者 (所属・氏名)	○○課 環境 太郎	
TEL	○○○-○○○-○○○○	FAX	○○○-○○○-○○○○
以下は依頼者と異なる場合にご記入ください。			
請求先 (住所・宛名)	〒	-	
成績書宛名			
成績書送付先 (住所・宛名)	〒	-	

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、フリガナも必ず記入してください。

下記のとおり検査を申し込みいたします。

試料名	水道水	検査対象品名
採取場所	前橋市○○町○○	採取場所、加工場所等
採取日時	西暦 ○○○○年 ○○月 ○○日 ○○時 ○○分	採取日、加工日
採取者 (所属・氏名)	○○課 環境 太郎	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()	必ず記入をしてください。
検査方法 検査項目 (○をつけてください)	<ul style="list-style-type: none"> ・ゲルマニウム半導体検出器を用いたγ線スペクトロメ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 	該当する事項に印をつけてください

※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。

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