

# アスベスト含有建材事前調査依頼書

一般社団法人群馬県薬剤師会 会長 宛  
 〒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

日付印	受付番号

依頼日 令和 年 月 日

太枠内のご記入をお願い致します。

依頼者	フリガナ	コード:
	依頼者名	印
	担当者所属	担当者氏名
	〒 住所	
	TEL:	FAX:
	報告書宛名 (未記入は同上)	コード:
	報告書送付先 (未記入は同上)	
	請求書宛名 (未記入は同上)	コード:
	請求書送付先 (未記入は同上)	

### 調査種類

<input type="checkbox"/> 石綿含有建材使用実態調査	調査対象建材: レベル1及びレベル2
<input type="checkbox"/> 解体・改修前石綿含有建材事前調査	調査対象建材: レベル1、レベル2及びレベル3

### 調査建築物概要

(1) 建築物名称			
(2) 建築物所在地			
(3) 建築物所有者			
(4) 所有者住所			
(5) 連絡先	氏名	TEL	
(6) 建築物用途		(7) 竣工年月	
(8) 増改築履歴	増改築なし ・ 増改築あり ( 昭和 ・ 平成 年 月 )		
(9) 建築物構造	RC造 ・ S造 ・ SRC造 ・ 造	地上 階、PH 階、地下 階	
(10) 敷地面積		(11) 延床面積	

上記のとおり依頼します。

※試験センター記入欄	分析あり	分析なし	サンプリングのみ

・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。