

# アスベスト分析依頼書

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

太枠内の記入をお願い致します。

依頼者	フリガナ イッパンジャダンハウジングマネージャサイカイカンキョウエイセイケンセンター			
	依頼者名 (一社)群馬県薬剤師会環境衛生試験センター		印	
	担当者所属	△△△課	担当者氏名	環境 太郎
	住所	〒 群馬県前橋市〇〇〇町***番地		
	TEL:	FAX:	速報	<input checked="" type="radio"/> 必要 <input type="radio"/> 不要
分析項目	<input checked="" type="checkbox"/> (●) 定性分析 JIS A 1481-1 <input type="checkbox"/> ( ) 定量分析 JIS A 1481-4		報告書必要部数	
報告書宛名 (未記入は同上)				
報告書送付先 (未記入は同上)				
請求書宛名 (未記入は同上)				
請求書送付先 (未記入は同上)				

依頼者名の記入、押印は必ずお願いします。また、速報が必要な方は必要の部分を○で囲って下さい。

定量分析までご依頼される場合のみ●をつけて下さい。

申請者と異なる場合はご記入下さい。

試料について(必須)

採取者所属	(一社)群馬県薬剤師会環境衛生試験センタ	採取者氏名	環境 太郎
業務名 (工事名称)	*****アスベスト事前調査		
施設名	*****		
住所	群馬県前橋市西片貝町***番地		
採取日	令和 3 年 4 月 1 日	竣工年月	昭和・平成 年 月

採取部屋名	管理棟 外部		
採取部位	外壁	試料名称	リシン吹付
採取部屋名	管理棟 会議室		
採取部位	床	試料名称	Pタイル
採取部屋名			
採取部位		試料名称	
採取部屋名			
採取部位		試料名称	
採取部屋名			
採取部位		試料名称	

採取場所、部位、試料名はできるだけ詳細に記入してください。(棟名、部屋名、部位等) 試料名が不明な場合は検体受け取り後ご相談させていただきます。

上記のとおり依頼します。

※試験センター記入欄 持ち込み サンプルング その他( )

・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。