

室内空气中化学物質試験依頼書

(一財)群馬県薬剤師会環境衛生試験センター 代表理事 様

顧客番号

試験項目	1. 1成分 (ホルムアルデヒド) 2. 5成分 (ホルムアルデヒド、トルエン、キシレン、スチレン、エチルベンゼン) 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(時間)	
室温	測定開始時	℃			測定中間時	℃		測定終了時		℃
	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										
採取者	事業所の所在地									
	事業所の名称									
	所属					氏名				
立会人	所属					氏名				
備考										

上記のとおり試験を依頼します。

西暦 年 月 日

依頼人 〒

住所

氏名

電話番号:

FAX番号:

試料番号

環境衛生試験センター記入欄:

(一財)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23番地10

TEL 027-223-6355

FAX 027-243-2967