

放射能測定検査依頼書

依頼日 年 月 日

日付印

試料番号

(一財)群馬県薬剤師会環境衛生試験センター 代表理事 様

太枠内の記入をお願いいたします。

依頼者	フリガナ								※依頼者コード
	依頼者名							印	
	〒								※顧客コード
	住所								
	担当者 (所属・氏名)								
	TEL						FAX		
以下は依頼者と異なる場合にご記入ください。									※コード
	請求先 (住所・宛名)	〒							
	成績書宛名								
	成績書送付先 (住所・宛名)	〒							

下記のとおり検査を申し込みいたします。

試料名									
採取場所									
採取日時	西暦	年	月	日	時	分			
採取者 (所属・氏名)					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()			
検査方法 検査項目 (○をつけてください)	・ゲルマニウム半導体検出器を用いたγ線スペクトロメト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 ・空間線量率								

※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