

アスベスト含有建材事前調査依頼書

(一財)群馬県薬剤師会環境衛生試験センター 宛
〒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

依頼日 令和 年 月 日

日付印	受付番号

太枠内のご記入をお願い致します。

依頼者	フリガナ カブシキガイシャカンキョウ	コード:	
	依頼者名 株式会社環境		印
	担当者所属 △△△課	担当者氏名 環境 太郎	
	住所 〒 群馬県前橋市○○○町***番地	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)		

依頼者名の記入、押印は必ずお願いします。

申請者と異なる場合は記入してください。

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

調査の種類を選択してください。ご不明な場合はご相談下さい。

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	

分からない箇所は空欄で結構です。増改築履歴が詳細に分かると建材中のアスベスト有無の判断根拠となりますので、履歴があればご記入下さい。

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。