

アスベスト分析依頼書

(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

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 カブシキガイシャカンキョウ		
	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 〒 群馬県前橋市〇〇〇町***番地		
	TEL: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 速報 <input checked="" type="radio"/> 必要 <input type="radio"/> 不要 <input type="radio"/>		
分析項目	(●) 定性分析 JIS A 1481-1 () 定量分析 JIS A 1481-4	報告書必要部数	部
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	株式会社環境	採取者氏名	環境 太郎
採取者資格			
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 5 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		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。