

# 室内空气中化学物質分析依頼書

一般社団法人 群馬県薬剤師会長 様

認定番号 ( )

検査項目	1. 2成分 (ホルムアルデヒド、トルエン)					
	2. 4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)					
	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						

上記のとおり試験検査を依頼します。

西暦 年 月 日

依頼人 氏名

住所

氏名

電話番号:

FAX番号:

検体番号 \_\_\_\_\_

環境衛生試験センター記入欄:

一般社団法人 群馬県薬剤師会 環境衛生試験センター 新館

〒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