

放射能測定検査依頼書

依頼日 日付印	年 月 日 受付番号
------------	---------------

一般社団法人 群馬県薬剤師会長 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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ゲルマニウム半導体検出器を用いたγ線スペクトロメ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 <ul style="list-style-type: none"> ・モニタリング測定(放射性ヨウ素又は放射性セシウム) ・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