

放射能検査依頼書

受付月日	年	月	日
受付番号			

下記注意事項についてご確認の上、太枠内のみご記入ください

ご依頼者	住所 〒		電話
	会社名		FAX
上記依頼者様と異なる場合のみ	ご請求先	住所 〒	電話
		会社名	FAX
	成績書送付先	住所 〒	電話
		会社名	FAX
	成績書宛名 (成績書に記載する会社名)	住所 〒	
		会社名	

試験品名称(商品名等)		結果書特記事項等	試験部位
1			
2			
3			
検出限界値 ※ご希望の検出限界値を指定ください。			
① 20 Bq/kg ② 10 Bq/kg ③ 5 Bq/kg ④ 1 Bq/kg ⑥その他(Bq/kg)			
試験方法 ※依頼項目の左欄に○を記入してください。			
① 放射性セシウム 134及び137(ゲルマニウム半導体検出器法)			
② 放射性ヨウ素131(ゲルマニウム半導体検出器法)			
試験品返却方法 返却方法(窓口・宅配便(着払い)) 返却をご希望の場合は記入して下さい。			
成績書部数	和文 部 注) 記載のない場合は1部となります。2部以上必要の際は別途手数料がかかります。		
	英文 部 注) 英文希望の場合は、別紙「英文成績書発行申請書」を提出して下さい。		
試験終了予定日	月 日 頃		
受付方法	持込・送付・採取・集荷	包装の破損等	<input type="checkbox"/> 審査基準に適合する。年 月 日 以上の審査の結果内容が 適正であるため受理します。印
着荷状態	冷凍・冷蔵・室温	正常・有()	
試験品保管	冷凍・冷蔵・室温		
試験手数料	円 (見積No.)		依頼書確認者
請求書発行月日			

一般財団法人青森県薬剤師会 食と水の検査センター

TEL 017-762-3621 FAX 017-762-3660

【注意事項】

- ・検査の結果、放射性物質が検出された場合は試験品を返却しますので、あらかじめご了承下さい。
- ・成績書発行後は原則として依頼者名、試験品名等の変更はできません。よくご確認の上提出願います。
- ・成績書の再発行は、発行後1年以内に限ります。
- ・ご依頼された試験の情報及び結果は、ご依頼者の同意なしに他者へ供覧することはありません。