

試験検査依頼(放射能測定分析) 予約 申込書

*完全予約制となっていますので、まずはこちらの申込書をお送り下さい。
 確認後、担当者よりご連絡いたします。

愛知県薬剤師会 殿

受付	印	発行	印	発行日
受付No.				
受付日	平成	年	月	日

ご依頼者				(予約申込書記入日) 平成 年 月 日
ご住所	〒	-		
ご担当者 氏名			TEL:	FAX:

次のとおり試験検査を依頼します。(分かる範囲でご記入ください。)

搬入方法	<input type="checkbox"/> 持込 <input type="checkbox"/> 託送 <input type="checkbox"/> 収集依頼 <small>(収集の場合は採取費がかかる場合があります)</small>		搬入日(予定)	月	日	
試料種別	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 土壌 <input type="checkbox"/> 汚泥 <input type="checkbox"/> 堆肥 <input type="checkbox"/> 畜産物・その加工品 <input type="checkbox"/> 農産物・その加工品 <input type="checkbox"/> 惣菜・調理加工食品 <input type="checkbox"/> 水産物・その加工品 <input type="checkbox"/> 調味料・香辛料 <input type="checkbox"/> 菓子類 <input type="checkbox"/> 灰 <input type="checkbox"/> 生薬(医薬品原料等) <input type="checkbox"/> その他()					
試料情報	種別	試料名	採取日	時間	搬入量	検査部位
			月 日	時 分	kg ℓ	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定()
			月 日	時 分	kg ℓ	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定()
			月 日	時 分	kg ℓ	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定()
			月 日	時 分	kg ℓ	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定()
			月 日	時 分	kg ℓ	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定()
			月 日	時 分	kg ℓ	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定()
			月 日	時 分	kg ℓ	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定()
検査方法 (項目)	ゲルマニウム半導体検出器を用いたガンマ線スペクトロメトリーによる核種分析法 放射性ヨウ素(I-131)、放射性セシウム(Cs-134、137)					
特記事項 ・ 要望事項						
成績書宛名	<input type="checkbox"/> 依頼者	*	送付先*			
請求書宛名	<input type="checkbox"/> 依頼者	*	送付先*			
備考	*欄はご依頼者と異なる場合にご記入ください。					

※試料は開梱前に、予備検査を行います。その結果によって、検査をお断りすることがございます。
 ※必要量は、1試料当り2kg(ℓ)です。(食品の場合は可食部として) 試料量が少ない場合は事前にご相談願います。
 ※通常の検査において、試料は原則3ヶ月保管いたしますが、放射能検査の場合、検査終了後廃棄処分いたします。
 また、基準値等を超えた試料は、原則として返却いたしますのでご了承ください。

手数料				円	内消費税	円
納期	発送日	チ エ ツ ク	部門責任者	区分責任者①	区分責任者②	その他確認者
	・郵送 ・FAX ・手渡し					