

試験依頼書

ISO/IEC17025:2005
放射能試験用

一般財団法人 茨城県薬剤師会検査センター 殿

受付番号	RA	総務部長	技術管理者
請求番号			

受付日	年 月 日	収入区分	現金・後納	採取・回収	番号記入	依頼入力	報告書発送	請求作成	請求発送
試験手数料	円(税込)								
見積書番号									
報告書発送期限				同時発送	参照受付番号(親番号)				

表裏の太枠内へのご記入をお願いいたします。

依頼者	ふりがな							
	氏名							
	郵便番号	-	住所					
	電話番号	()	FAX番号	()	検体持参者			

試験品名									
採取場所	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ場合は チェックを入れて下さい	電話番号					FAX番号		
	名称								
	郵便番号	-	住所						
採取者			採取日	年 月 日	採取時間	時 分			
天候									

試験項目	I-131、Cs-134、Cs-137
測定方法	ゲルマニウム半導体検出器による測定

連絡先 (担当者) (電話番号)	
------------------------	--

※ ご依頼の際には、試験手数料を添えてお申し込み下さい。(つり銭のないようご用意下さい)
 ※ 試験報告書は出来次第、順次発送いたします。
 ※ お問合せ電話番号 029-306-9086

《裏面にも ご記入をお願いいたします。》

以下、検査センター記入欄

付記事項	当てはまるものに○を付けるか記入する。						
	測定項目	I-131、Cs-134、Cs-137					
	納期	有 (年 月 日 午前 午後)			無		
	速報	Tel・Fax・不要	事業所名			電話番号	
			部 署			FAX番号	
			担当者			速報期限	
	返却 について	可 否					
サーベイメータ 測定値	(差引 cps) ・ (μSv/h) ・ バックグラウンドと同じ						
その他							

成績書 郵送先	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ場合はチェックを入れてください。					
	ふりがな					
	氏名					
	郵便番号	—	住所			
	電話番号	()	FAX番号	()	担当者	
成績書 標 題	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 成績書郵送先と同じ					
	ふりがな					
	氏名				住所印刷	しない・する
	郵便番号	—	住所			

以下は、請求(後納)の方のみご記入下さい。

※請求書は近日中に郵送致します。尚、お振込みの際の振込手数料はご負担ください。報告書は試験終了時に入金確認が出来次第、発送となりますのでご了承下さい。

請求先 (請求書宛名)	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ場合はチェックを入れてください。					
	ふりがな					
	氏名					
	郵便番号	—	住所			
	電話番号	()	FAX番号	()	担当者	
請求書 郵送先	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 請求書宛名と同じ <input type="checkbox"/> 成績書郵送先と同じ					
	ふりがな					
	氏名					
	郵便番号	—	住所			
	電話番号	()	FAX番号	()	担当者	

採取時状況メモ(気づいた点があればお書き下さい。)

備 考(センター記入)

受託いたしました試験により知り得た情報を、ご依頼者様の同意なしに第三者に開示いたしません。
但し、法令に基づく公的機関からの要請に対してはこの限りではありません。

(201610DL)