

検査依頼書(放射能)

受付区分:RA

一般財団法人 茨城県薬剤師会検査センター

〒310-0852 茨城県水戸市笠原町978-47

TEL:029-306-9086 FAX:029-306-9076

依頼書番号

放射能
ラベル

採取・回収	番号記入	依頼入力	成績発送	請求作成	請求発送	確認
-------	------	------	------	------	------	----

ご依頼者 太枠内へのご記入をお願いいたします。

ふりがな	(コード:)				
会社名(氏名)					
住所					
郵便番号	TEL		FAX		
ご担当者				携帯	

左記ご依頼者名と異なる内容で成績書又は請求書が必要な場合は、下記欄にご記入ください。

受付日	年	月	日
同時発送			
受付保健所			

納期	速報	TEL・FAX・メール・不要	発送期日	弊社記入欄
検体種類	放射能	採取容器	(検体返却 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否)	

検体名称(商品名)					
試料種類	<input type="checkbox"/> 水道水(浄水) <input type="checkbox"/> 水道水(原水) <input type="checkbox"/> 井戸水 <input type="checkbox"/> 河川水 <input type="checkbox"/> 排水 <input type="checkbox"/> 土壌 <input type="checkbox"/> 産業廃棄物 <input type="checkbox"/> 汚泥 <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> その他()				
採取場所	施設名称: 住所: TEL: FAX:				
検査項目	放射能ヨウ素(131)、放射性セシウム(134、137)				
測定方法	<input type="checkbox"/> ゲルマニウム半導体検出器による測定 <input type="checkbox"/> NaI(Tl)検出器による測定				

検査手数料合計	税抜	円	税込	円	支払	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 後納
---------	----	---	----	---	----	---

コード	成績書郵送先	〒 - 住所:	TEL:	FAX:
	(<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ)	氏名(会社名)	担当者:	
コード	成績書宛名			
	(<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ) (<input type="checkbox"/> 施設名と同じ)			
コード	請求書宛名	〒 - 住所:	TEL:	FAX:
	(<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ)	氏名(会社名)	担当者:	
コード	請求書郵送先	〒 - 住所:	TEL:	FAX:
	(<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ) (<input type="checkbox"/> 施設名と同じ)	氏名(会社名)	担当者:	

備考	付記事項					
	採水時情報	採取者	採取日	年 月 日	採取時間	時 分
	サーベイメータ測定値	<input type="checkbox"/> バックグラウンドと同じ・ <input type="checkbox"/> (差引 cps) ・ <input type="checkbox"/> (μSv/h)				

※ ご依頼の際には、検査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)。

※ 検査成績書は結果が出次第、順次発送いたします。

※ 当検査センターは検査結果に限り責任を負うものであり、検査結果によって生じるトラブルまたは損害等に関して一切の責任を負いかねます。

サイン