

空气中化学物質検査依頼書

一般財団法人 北海道薬剤師会公衆衛生検査センター 様 下記について検査を依頼します

※太枠の中をお書き下さい

受付日 年 月 日

依頼者	住所	〒			
	名称				
	電話		担当者		
成績書の宛名	(住所)				
	(名)				
検査料の請求先	(住所)				
	(名)				
成績書の郵送先	(住所)				
	(名)				
「室内空气中化学物質測定」(パッシブ法)					
測定項目、件数	1.ホルムアルデヒド 件 2.VOC 5項目 件 (トルエン、キシレン、パラジクロロベンゼン、エチルベンゼン、スチレン)				
施設名、工事名					
換気時間	:	~	:	(時間)	密閉時間
パッシブ設置日	月	日	設置担当者	追加項目	
パッシブ回収日	月	日	回収担当者		
室 名	①	②	③	④	⑤
設置時刻	時	分	時	分	時
設置時室温	℃		℃		℃
回収時刻	時	分	時	分	時
回収時室温	℃		℃		℃

⑥以降は裏面へご記入願います

ホルムアルデヒド					
トルエン					
キシレン					
パラジクロロベンゼン					
エチルベンゼン					
スチレン					

備考	成績書	郵 送 ・ 来 所		
	結果	TEL ・ FAX (-)		
	(施工前・施工後)	受付者	検査料	受付番号

