



放射能試験検査依頼書(水産物・農産物・ミネラルウォーター等)

一般財団法人 北海道薬剤師会公衆衛生検査センター 行
下記について検査したいので依頼します。

輸出用

ゲルマニウム半導体検出器による精密分析

◎太枠内をご記入ください。

| | | | | | | | |
|------------------|------|---|------|------|------|---|---|
| 依頼日 | 年 | 月 | 日 | 受付日 | 年 | 月 | 日 |
| 依頼者 | 住所 | 〒 | | | | | |
| | 名称 | | | | | | |
| | 電話 | | 担当者名 | (課係) | (氏名) | | |
| 成績書の宛名 [輸出者名] | (住所) | | | | | | |
| | 英語表記 | | | | | | |
| | (名称) | | | | | | |
| 検査料の請求先 | 英語表記 | | | | | | |
| | (住所) | | | | | | |
| | (名称) | | | | | | |
| 成績書の郵送先 | (住所) | | | | | | |
| | (名称) | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|-----|---|---|
| 採取等年月日 | 年 | 月 | 日 | 時間 | 時 | 分 |
| 品名(日本名) | | | | 輸出国 | | |
| 品名(英語名) | | | | | | |
| 採取施設名(日本語表記) | | | | | | |
| 採取施設名(英語表記) | | | | | | |
| 生産地域(日本語表記) | | | | | | |
| 生産地域(英語表記) | | | | | | |
| Invoice No. | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | |

注：上記採取年月日、採取施設名、生産地域、InvoiceNo.等は成績書に必要な場合に記入して下さい。

◎ご希望の項目にチェックを付けてください

| | |
|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 放射性ヨウ素 ^{131}I |
| <input type="checkbox"/> | 2 放射性セシウム ^{134}Cs |
| <input type="checkbox"/> | 3 放射性セシウム ^{137}Cs |
| 上記3項目を測定します、特定項目のみの依頼の時は測定項目にチェックを付けてください。 | |

| | | | | | |
|---------|-----------|---|----------|---|---------------|
| 希望検出限界値 | 0.7 Bq/kg | ・ | 10 Bq/kg | ・ | その他 () Bq/kg |
|---------|-----------|---|----------|---|---------------|

| | | |
|-----------|--|---|
| 結果成績書について | <input type="checkbox"/> 英語の成績書 (副本 部) | <input type="checkbox"/> 日本語の成績書 (副本 部) |
|-----------|--|---|

| | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|
| 成績書のお渡し方法 | <input type="checkbox"/> 郵送 | <input type="checkbox"/> 来所 |
| 結果のご連絡先 | TEL. | FAX. |

| | |
|----|--|
| 備考 | |
|----|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|-----|--|-----|------|
| | | | 受付者 | | 検査料 | 受付番号 |
| | | | | | | |

《注意事項》

成績書発行後は成績上の宛名、品名等変更ができません。

一般財団法人

北海道薬剤師会公衆衛生検査センター
〒062-0931 札幌市豊平区平岸1条8丁目6番6号
TEL (011) 824-1348 FAX (011) 824-1627