

No _____

予定入力	済・未
担当	

放射能検査申込書

一般財団法人 千葉県薬剤師会検査センター 技術検査部
〒260-0024 千葉県千葉市中央区中央港1丁目12番11号

飲料水・環境一般 : TEL 043-242-5940 FAX 043-242-3850

<http://www.chiba-kensacenter.or.jp/>

放射能検査へのお申込みありがとうございます。お客様からの検査を円滑に進めるため、お手数ですが下記内容をご記入いただき上記連絡先へFAX送信お願い致します。
※食品関係の検査をご希望の方は、食品薬品部(TEL043-205-5221、FAX 043-205-8586)にご連絡をお願いします。

申込年月日	年 月 日
-------	-------

お客様名(御担当者) お客様御連絡先 (TEL/FAX)	〒
--	---

検査試料の種類 (該当するものに○印を付けてください)	・上水道 ・地下水 ・プール水 ・排水 ・海水 ・土壌 ・汚泥 ・肥料 ・飼料 ・校庭等の放射線
--------------------------------	--

依頼検体数	検体
-------	----

測定法 (希望する方法にチェック)	☐ 精密分析(放射性ヨウ素(I-131)及び放射性セシウム(Cs-134, Cs-137)の定量分析) ^{注1} ☐ モニタリング分析(NaIシンチレーションサーベイメータによる簡易分析)
----------------------	--

注1)肥料及び飼料の精密分析は放射性セシウムのみになります。

採取容器希望 (容器郵送の場合は送料がかかります。)	希望する ・ 希望しない 注)水質試料の場合はミネラルウォーター等清浄なペットボトルを利用してください。当センターでも専用の容器をご用意しております。
-------------------------------	--

試料の受渡方法	検査試料はできるだけ当日採取し、センターへのお持込ください。 上記以外の受渡し方法をご希望の方は下記の希望方法をお選びください。 (希望するものに○印) 宅配便・センター職員による採取・現地受取り 注)持込以外の方法では別途費用が発生します。
---------	---

検査料金のお支払い方法	試料持込時に現金支払い ・ 振込みによる支払い
-------------	-------------------------

試料持込予定日	第一希望 月 日() 第二希望 月 日() 第三希望 月 日()
---------	--

注):当センターで廃棄が困難な試料は返却する場合があります。

備考
