

放射能検査依頼書(水質用)

公益財団法人 栃木県保健衛生事業団
 理事長 様

次のとおり放射能検査を申し込みます。「個人情報」の取扱いを承諾しました。

年 月 日

受付印		会社名 代表者名		
領収印		住所	〒	
	受付時間		TEL	FAX
	:	担当者名		
		支払者名		

	試料名 (採水場所等)	原水・浄水 その他	検査項目	備考	検体番号 (記入不用)
1			<input type="checkbox"/> 放射性ヨウ素 (I-131) <input type="checkbox"/> 放射性セシウム (Cs-134, 137)		
	採取日時: 月 日 時 分				
	採取者名:				
2			<input type="checkbox"/> 放射性ヨウ素 (I-131) <input type="checkbox"/> 放射性セシウム (Cs-134, 137)		
	採取日時: 月 日 時 分				
	採取者名:				
3			<input type="checkbox"/> 放射性ヨウ素 (I-131) <input type="checkbox"/> 放射性セシウム (Cs-134, 137)		
	採取日時: 月 日 時 分				
	採取者名:				

※ 測定方法: ゲルマニウム半導体検出器を用いるガンマ線スペクトロメトリーによる放射能測定

特記事項 (検査の指示事項や試料の返却等についてご記入ください。)

お問い合わせ先 〒329-1194 栃木県宇都宮市下岡本町 2145-13 (栃木県保健環境センター内)

公益財団法人栃木県保健衛生事業団 食品環境検査所 TEL 028-673-9900 FAX 028-673-9955

放射能検査依頼書(食品・環境試料等)

公益財団法人 栃木県保健衛生事業団
 理事長 様

次のとおり放射能検査を申し込みます。「個人情報」の取扱いを承諾しました。

年 月 日

受付印					
領収印	受付時間	:	会社名 代表者名		
			住所	〒	
				TEL	FAX
			担当者名		
			支払者名		

	試験品名称 (商品名等)	生産地 (又は加工場所)	検査項目	備考	検体番号 (記入不用)
1			<input type="checkbox"/> 放射性ヨウ素 (I-131) <input type="checkbox"/> 放射性セシウム (Cs-134、137)		
	採取日時: 月 日 時 分				
2			<input type="checkbox"/> 放射性ヨウ素 (I-131) <input type="checkbox"/> 放射性セシウム (Cs-134、137)		
	採取日時: 月 日 時 分				
3			<input type="checkbox"/> 放射性ヨウ素 (I-131) <input type="checkbox"/> 放射性セシウム (Cs-134、137)		
	採取日時: 月 日 時 分				

※ 測定方法: ゲルマニウム半導体検出器を用いるガンマ線スペクトロメトリーによる放射能測定

特記事項 (検査の指示事項や試料の返却等についてご記入ください。)

お問い合わせ先 〒329-1194 栃木県宇都宮市下岡本町 2145-13 (栃木県保健環境センター内)

公益財団法人栃木県保健衛生事業団 食品環境検査所 TEL 028-673-9900 FAX 028-673-9955