

放射性物質試験依頼書

※太枠内をご記入下さい。

受付番号	F	E	W	
受付日	平成	年	月	日
受付者				

a) 依頼者情報

ご依頼者	住所(〒)			
	名称			
	所属: 担当: TEL FAX			
試験成績書の宛名	※ご依頼者と異なる場合にご記入ください。			
	名称			
検査手数料のご請求先	住所(〒)			
	名称			

b) 試験依頼内容

試験の目的	<input type="checkbox"/> 輸出用 <input type="checkbox"/> 提出用 <input type="checkbox"/> 自主管理 <input type="checkbox"/> その他()
試験品の種類	<input type="checkbox"/> 一般食品 <input type="checkbox"/> 幼児用食品 <input type="checkbox"/> 飲料水 <input type="checkbox"/> 飼肥料 <input type="checkbox"/> 環境試料
試験項目	<input type="checkbox"/> 放射性ヨウ素 (I-131) <input type="checkbox"/> 放射性セシウム (Cs-134, Cs-137)
試験方法	ゲルマニウム半導体検出器を用いたガンマ線スペクトロメトリーによる核種分析
検出下限値	<input type="checkbox"/> 10Bq/kg <input type="checkbox"/> 5Bq/kg <input type="checkbox"/> 1Bq/kg <input type="checkbox"/> その他(Bq/kg)

c) 試験品に関する情報

試験品の名称(成績書に記載する名称)	採取年月日	成績書に記載する試験品に関する情報	試験品番号
1	平成 年 月 日		
2	平成 年 月 日		
3	平成 年 月 日		
4	平成 年 月 日		
5	平成 年 月 日		

d) 試験成績書に関する事項

<input type="checkbox"/> 和文成績書 <input type="checkbox"/> 英文成績書(成績書の宛名、試験品の名称、試験品に関する情報は英語表記で記入して下さい。)
報告希望日: 月 日 連絡・発送方法 <input type="checkbox"/> FAXまたは <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口で手渡し

e) サンプルングに関する事項(サンプルング依頼される場合にご記入ください。)

サンプルング場所	
サンプルング希望日時	月 日 : 立ち会い <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(立会者)

f) その他連絡事項

--

g) 受領時の確認事項

放射線量	μ Sv/h(測定者:)	依頼内容との同一性	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適()
試験品の状態の適切性	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適()	試験品の量の適切性	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適()
不適合内容と執った処置			受領確認者

総務欄	請求書番号		受付担当者	部門長
検査手数料	¥	成績書発送日	平成 年 月 日(普通・至急)	
入金金額	¥	請求書発送日	平成 年 月 日(普通・至急)	