検査受付票（放射性物質）

送付先　Ｆａｘ　076 -269 -2391

一般財団法人石川県予防医学協会　行

※ 下記注意事項についてご確認の上、太枠内をご記入ください。

記入年月日	平成　　年　　月　　日	検体到着予定日	平成　　年　　月　　日

ご　依　頼　者	フリガナ 名称 住所　〒
連絡担当者	所属　　氏名 ＴＥＬ：　　ＦＡＸ：
【緊急連絡先】	TEL;
結果の速報	□ 不要　□ ＦＡＸ　□　その他（　　）
残検体の取扱い	□ 返却　□ 廃棄　ご指定ない場合は廃棄。返却の場合送料はお客様ご負担となります。

ご請求書名・結果依頼者名がご依頼者と異なる場合は必ずご記入お願いいたします。

□ 結果依頼者名 □ 請求書名 □ その他（　　）	フリガナ 名称 住所　〒

備考

	検査品名		測定下限	結果書記載事項（そのまま記載）
①			セシウム-134 セシウム-137	（製造日・賞味期限・生産地
	検査部位指定		ヨウ素	
②	検査品名		測定下限	結果書記載事項（そのまま記載）
			セシウム-134 セシウム-137	（製造日・賞味期限・生産地
	検査部位指定		ヨウ素	
③	検査品名		測定下限	結果書記載事項（そのまま記載）
			セシウム-134 セシウム-137	（製造日・賞味期限・生産地
	検査部位指定		ヨウ素	

【注意事項】　必ずお読みください。

- 結果書発行後は依頼者名、請求先、検体名ともに変更できません。
- 食品（試料）の性状によっては検査が出来ない場合があります。予めご了承ください。
- 結果書の再発行は発行後1年以内に限ります。再発行手数料を別途申し受けます。
- 初めてご利用の場合、前金をお願いしております。入金確認次第、結果書発行いたします。

問合せ先/送付先：一般財団法人 石川県予防医学協会　環境検査部 〒920 -0365　金沢市神野町東115番地　TEL：076 -269 -2344	受領印	税込み金額
結果速報予定日　　月　　日　※検体によっては予定日に報告できない場合もございます。予めご了承ください。		