放　射　能　検　査　依　頼　書

ご依頼年月日		令和　　年　　月　　日		
ご依頼者	ご依頼者	名称		
		住所〒		
	ご担当者	様		
		TEL　　－　　－	FAX　　－　　－	
	成績書宛名 (ご依頼者と同じ場合は不要です)	名称		
		住所		
	受取方法	□　郵送　　□　来社		
	ご請求先 (ご依頼者と同じ場合は不要です)	名称		
		住所〒　　じ		
試料	検体名			
	識別番号			
	重量			
	採取年月日	令和　　年　　月　　日　　時　　分		
	採取場所			
	天候			
	採取者名		所属	
検査項目	□　放射能検査（ﾖｳ素　I-131、放射性ｾｼｳﾑ　Cs-134,Cs-137） NaI ｼﾝﾁﾚｰｼｮﾝｽﾍﾟｸﾄﾘｰ検出器　　¥5,500　（¥5,000）			
	□　放射能検査（ﾖｳ素　I-131、放射性ｾｼｳﾑ　Cs-134,Cs-137） ｹﾞﾙﾏﾆｳﾑ検出器　　¥13,200　（¥12,000）			
	備考			

備考
　試料は検査方式により必要となる量が異なります。
　　・NaI ｼﾝﾁﾚｰｼｮﾝｽﾍﾟｸﾄﾘｰ検出器　：1.0kg 程度
　　・ｹﾞﾙﾏﾆｳﾑ検出器　　：2.0kg 程度
　ご不明点につきましてはお問い合わせください。

一般財団法人　中部公衆医学研究所

〒395-0051 長野県飯田市高羽町 6-2-2

TEL0265-24-1509（環境衛生部　直通）　FAX0265-24-2330