

## 放射能濃度分析依頼書及び記録書

## 食品用

依頼者		住所	〒 _____		
部署名		TEL	_____	FAX	_____
ご担当者名		E-mail	@	検体発送日	_____年 _____月 _____日

ご依頼内容（太線内をご記入ください）

検体名	重量	検体識別記号 <small>(ロットNO.等。空白可)</small>	試料採取日時 天候 年 月 日 ( 時 ) 採取場所 ( ) 天候 ( )	検査項目 <small>(□欄にチェックまたはご記入ください)</small> <input type="checkbox"/> 放射性ヨウ素 (I-131) <input type="checkbox"/> 放射性セシウム (Cs-134, 137) <input type="checkbox"/> その他 ( )	検体 No. <small>(記入不要)</small>
特記事項：検体内容の詳細、報告書や請求書の宛先(ご依頼者と異なる場合のみ)、検査に関する指示事項、その他特別な要件等についてご記入ください 検査終了した試料を返却する場合があります。					

※検査を通じて知り得た情報等は秘密保持を厳守致します。

一般財団法人千葉県薬剤師会検査センター 放射能分析対策室（食品部門）  
 〒267-0056  
 千葉県緑区大野台 2-3-36  
 TEL 043-205-5221 FAX 043-205-8586

受付日	取扱温度	No.	受付者	確認者
/ /	室温 冷蔵 冷凍			

2013.04.05 改定3