放射能試験依頼書（輸出農産物等）

一般財団法人　千葉県薬剤師会検査センター（食品薬品部）
〒267-0056　千葉県千葉市緑区大野台2-3-36

受付番号	
検体受付月日	年　　月　　日

以下の試験を依頼いたします。

依頼者住所氏名	依頼者名	フリガナ		
	担当者所属		担当者名	
	住　　所	〒		
	TEL		FAX	
検査成績書宛名	☐　下記に指定			
	住　　所			
	宛　　名			
	担当者所属		TEL	
	担当者名		FAX	
請求書宛名	☐　下記に指定			
	住　　所			
	宛　　名			
	担当者所属		TEL	
	担当者名		FAX	

試験品名		輸出国	
試験品採取	☐　必要量を採取しセンターに送付する。 （試料必要量） 液体　2ℓ 固形物　可食部　2Kg　（体積2ℓ）	☐　当センターに採取を依頼する。 （採取場所の住所及び連絡先等）	
	採取者氏名　（　　）	採取者氏名　（　　）	
採取年月日	年　　月　　日　　時　　分		
試験項目	☐　ヨウ素131　　☐　セシウム134・137		
結果報告期限年月日	年　　月　　日	原本必着　　FAX報告　　TEL報告	

証明書に記載する輸出情報に○		英語・数字で記載
	依頼者名（Name of Applicant）	
	試験品名（Name of Goods）	
	輸出者名（Name of Exporter）	
	輸入者名（Name of Importer）＊	
	船名（Name of Vessel）＊	
	出発港（Port of Shipment）＊	
	輸出数重量（Quantity）＊	P/G　・　C/S　・　C/T　　Kg

輸出情報の追加を希望する場合はこちらに記載してください。

＊ 農水産物の輸出において、上記情報がお決まりで無い場合は、空欄でお願いいたします。

※　インボイス又はパッキングリストの写しを添付してください。

注1　証明書は1依頼につき原則1部の発行となります。複数部希望の方は、ご相談ください。
注2　放射能の試験項目は、輸出国の輸入条件等をご確認ください。
注3　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。

放射能測定担当　TEL　043-205-5221
FAX　043-205-8586

2023.2.28　改訂4