

放射性物質検査依頼書

試料受領日： 20 年 月 日 受付番号： TH-

依頼者(会社名)			
担当者名(部署名)			
ご住所			
電話:			FAX:
結果報告方法	郵送〔郵送先: 依頼者・その他(FAX不要・水質検査同時報告)〕 窓口受取〔立川窓口でのお渡しのみとさせていただきます。〕		
報告書の宛名	依頼者・その他()		
請求書の宛名	依頼者・その他(集金済)		
請求書の郵送先	依頼者・その他()		
英文報告書 ^{※1}	要・不要		※1英文報告書は発行に数日かかります。

分析方法	<input type="checkbox"/> ①NaI(Tl)スペクトロメータによる測定		
	<input type="checkbox"/> ②ゲルマニウム半導体検出器による測定		
①又は②を選択し □にチェックしてください	上記①の測定結果で基準値 ^{※2} を超えた場合、②の方法で再分析を希望されますか		
	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (②の方法で再分析を行った場合、別途検査料金がかかります)		
※2食品衛生法 による基準値 (Bq/kg)	放射性セシウム	飲料水	10 Bq/kg
		牛乳	50 Bq/kg
		乳児用食品	50 Bq/kg
		一般食品	100 Bq/kg

測定項目: 3核種の定量 放射性ヨウ素(¹³¹I)、放射性セシウム(¹³⁴Cs)、放射性セシウム(¹³⁷Cs)

検体番号	試料名	試料採取日	採取時間	試料採取場所	備考
		年 月 日	:		
		年 月 日	:		
		年 月 日	:		
		年 月 日	:		
		年 月 日	:		
		年 月 日	:		
		年 月 日	:		
		年 月 日	:		

報告予定日 (3営業日～) 月 日 普通・至急 (至急の場合は別途料金がかかります。)

受付窓口の ご案内 受付時間 9:00～12:00 13:00～17:00	【立川窓口】 東京都立川市高松町1-100-38 TEL: 042-525-3176 FAX: 042-525-3645	～すべての人びとのいのちと環境のために～ 一般財団法人東京顕微鏡院
---	---	---