

放射能検査依頼書

依頼日 平成 年 月 日

公益社団法人大分県薬剤師会 検査センター 殿
 下記のとおり試験(検査)を依頼します。

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|------------|-----------------|----|----------------|--|
| 結果書に記載する事項 | 依頼者 | | 住所 〒 — | | | | | | |
| | | | ふりがな 氏名 | | 印 TEL() — | | | | |
| | 試料(検体)種類 | 食品関係 | 野菜・果物・肉類・魚介類・加工食品・牛乳類・清涼飲料水 その他 () | | | | | | |
| | | 水関係 | 飲料水・環境水(河川・湖沼・海水)・排水・その他 () | | | | | | |
| | | 固形物 (食品外) | *食品以外の固形物は、細かく粉砕されているものに限ります。 土壌・肥料・飼料・その他 () | | | | | | |
| | 品目名 又は 試料(検体)名 | *商品等の名称を記入してください。 | | | | | | | |
| | 採取場所 | | | | | | | | |
| | 採取者 | ふりがな 氏名 | | 所属 | | TEL() — | | | |
| | 採取日時 及び 気象状況 | 平成 年 月 日 | | 時 分 | | | | | |
| | | 天候 | (前日) | (当日) | 気温 | ℃ | 水温 | ℃ | |
| 製造日時 | *加工食品及び製品の場合のみ記入してください。 平成 年 月 日 時 分 | | | | | | | | |
| 検査依頼をする事項 | 検査項目 | 1. 精密検査 (I-131・Cs-134・Cs-137) | | 検出下限値 (希望の検出下限値をチェックしてください) | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 輸出 <input type="checkbox"/> 国内 | | <input type="checkbox"/> 1Bq/kg (水道水、ミネラルウォーター、飲用茶等) | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 5Bq/kg (乳飲料、乳児用食品等) | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 10Bq/kg (食品一般等) | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 25Bq/kg (食品一般等) | | | | | |
| 2. スクリーニング検査 (ガンマ線量) | | | | | | | | | |
| その他 | 手数料 支払者 | 住所 〒 — | | 氏名 | | 印 TEL() — | | | |
| | 結果書 送付先 | 住所 〒 — | | 氏名 | | TEL() — | | 1. 郵送 2. 窓口 | |
| | (備考) | | | | | | | | |
| 【注意事項】 <ul style="list-style-type: none"> 精密検査において、半減期補正が必要な場合は、お申し付けください。 輸出用の試料で、輸出に伴う「パッキングリスト」、「インボイス」がある場合は、それらの写しを添付してください。 英文結果書が必要な場合は、お申し付けください。(別途料金が必要になります。) スクリーニング検査は、Na I (Tl)シンチレーションカウンタにより概ね1,400keV以下のガンマ線量を測定するもので、放射性核種を個別に検査するものではありません。検査結果はセシウム137に換算して報告します。 | | | | | | | | | |
| 検体総量 | | | | | | (大分県薬剤師会で記入します) | | | |
| | | | | | | g | | | |