

放射能検査申込書

株式会社北陸環境科学研究所

食品検査センター 行

太枠内は、記載必須事項となっております

ご依頼日	令和 年 月 日		
フリガナ		フリガナ	
ご依頼者名 又は貴社名		ご担当者名	
		部署名	
住所	〒		
電話・FAX	(TEL)	(FAX)	
E-mail			
お支払条件	<input type="checkbox"/> 成績書・請求書到着後		日以内
	<input type="checkbox"/> 日締め		日支払
検体発送時の温度	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍		
残試料の取扱い	<input type="checkbox"/> 返却	<input type="checkbox"/> 廃棄	※ご指定ない場合は廃棄します。返却の場合送料はお客様のご負担となります
容器の取扱い	<input type="checkbox"/> 返却	<input type="checkbox"/> 廃棄	

ご請求先がご依頼者と異なる場合は必ずご記入ください。

フリガナ		(TEL)
ご請求先名		(FAX)
住所	〒	

検査内容

報告書宛名		報告書部数	部 (1部追加につき500円)	
報告書様式	<input type="checkbox"/> 英文 (手数料がかかります。1部1,000円～) 指定がない場合は和文の様式になります。			
検体名称 (ご記入通り 成績書に記載します。)	採取年月日 製造 (生産) 年月日	採取場所 製造 (生産) 地	採取者 製造 (生産) 者	検査項目
				放射性物質 <input type="checkbox"/> 2項目 (Cs-134、Cs-137) <input type="checkbox"/> 3項目 (I-131、Cs-134、Cs-137)
計	検体			
特記事項 (ご記入通り成績書に記載します)				検出下限値
				<input type="checkbox"/> 検出下限値 1Bq/kg <input type="checkbox"/> 検出下限値 5Bq/kg <input type="checkbox"/> 検出下限値 10Bq/kg <input type="checkbox"/> 検出下限値 ()Bq/kg
連絡事項		検査会社記入	単 価	検体数
		検査手数料 (税抜き)	×	=

<注意事項>

- ・貴社製品以外のご依頼はあらかじめご相談ください。
- ・当社ホームページに記載の業務委託約款を必ずご確認の上ご依頼ください。(http://www.hokukanken.jp)
- ・お申し込みにかかる契約の内容については、業務委託約款で定める条項が適用されます。

【試料送付先】株式会社北陸環境科学研究所 〒910-0026 福井市光陽4-4-27 TEL : 0776-22-2774 Fax:0776-22-1701	受領印
---	-----