

放射性物質・検査依頼書

(一社)岩手県薬剤師会 検査センター殿

受付番号 _____ 受付 年 月 日 時 分

依頼者名									
担当部署/担当者氏名	所属部課		担当者						
依頼者住所	〒								
依頼者TEL/FAX	TEL		FAX						
検査結果書宛名					依頼者と同じ				
請求先名称					依頼者と同じ				
請求先住所	〒								
請求先TEL/FAX	TEL		FAX						
検体名									
採取場所									
採取時情報	採取日時	H	年	月	日	時	分	天候	
	水温			気温					
採取者名									
検査項目	放射性ヨウ素(ヨウ素131)、放射性セシウム(セシウム134およびセシウム137)								
試験方法 (チェックを入れてください。)	NaI(Tl)シンチレーションスペクトロメータ機器分析法								
	ゲルマニウム半導体検出器によるガンマ線スペクトロメトリー								
検体搬入区分	持込・宅配等・検査センター・その他()								
検査終了後の検体の扱い	原則的に廃棄します。放射性物質が高濃度に検出された場合は返却いたします。								
備考	受入時、1cm線量(μSv/h): 上() 下() 前() 後() 右() 左() (各20μSv/h以下であること)								
検体情報等別紙の添付	有 ・ 無								

未収 ・ 入金()

受付者 _____