

# 放射能検査依頼書

新潟県食品衛生協会推奨検査機関  
 (株)県都食品環境分析センター  
 〒950-0022 新潟市東区幸栄1-7-12  
 TEL025-270-8902 FAX025-270-8132  
 検査責任者 本多 伸明

受付日		年	月	日	曜日
受理者	検体番号				

太枠内をご記入下さい。

依頼年月日	年	月	日	曜日
-------	---	---	---	----

依頼者	(フリガナ) 会社名		所属、役職
	住所 〒		名前
			TEL
			FAX
依頼者様と異なる場合ご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 成績書宛名 <input type="checkbox"/> 請求先 <input type="checkbox"/> 送付先			成績書 F A X 要 ・ 不要
検査目的			検体の種類
検体名 (個体識別番号など)		採取日時	検体に関する注意事項
①		年 月 日 ( : )	
②		年 月 日 ( : )	
③		年 月 日 ( : )	
④		年 月 日 ( : )	
⑤		年 月 日 ( : )	
検査方法	ゲルマニウム半導体検出器によるγ線スペクトロメータ法		
検出下限値	放射性ヨウ素131、放射性セシウム134、放射性セシウム137、各物質ともに5 Bq/kgです。それ以下の検出下限値を希望される場合は御相談下さい。		
注意事項	1. 検体必要量は最低2kg以上、または2L以上です。必要量に満たない時は御相談下さい。 2. 高濃度の放射性物質が検出された場合、検体をお客様へ返却させていただきます。御了承下さい。		

分析特記事項

報告日 年 月 日