

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

TEL 025-270-8890 FAX 025-270-8132

検査責任者 本多伸明

受付日	年	月	日 ()
受理者	検体番号		

ご依頼年月日 年 月 日 ()

* 太枠内をご記入ください。

ご依頼者	フリガナ 貴社名		所属(役職)名		
	住所	〒 -	担当者名		
			TEL	()	
※依頼者と異なる場合に記入してください。			成績書(結果) FAX 要 / 不要	FAX	()
<input type="checkbox"/> 成績書宛名					
<input type="checkbox"/> ご請求先					
<input type="checkbox"/> ご送付先				検体の種類	
検査目的					
検体名	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 (:)				

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	放射性セシウム134及び放射性セシウム137の検出下限値がそれぞれ5Bq/kgとなるように設定しています。それ以下の検出下限値を希望される場合はご相談ください。
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ご相談ください。 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。ご了承ください。

* 分析特記事項

報告日 年 月 日