

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/担当者名	所属部署		担当者	
依頼者住所	〒			
依頼者TEL/FAX	TEL		FAX	
検査結果書宛名				依頼者に同じ
請求先名称				依頼者に同じ
請求先住所	〒			依頼者に同じ
請求先TEL/FAX	TEL		FAX	依頼者に同じ
検体名				
採取場所				
採取時情報	採取日時	年	月	日 時 分
	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	<input type="checkbox"/> NaI(Tl)シンチレーションスペクトロメータ機器分析法			
	<input type="checkbox"/> 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 _____