

依頼書

太線の枠内を記入してください

顧客番号 45-

依頼者	フリガナ 依頼者名		フリガナ 依頼者住所	
	フリガナ 担当者氏名		〒	電話番号
結果書	フリガナ 結果書に記載される氏名		フリガナ 担当者名	
	結果書送付先住所・氏名		〒	電話番号
請求書	フリガナ 請求書に記載される住所・氏名		フリガナ 担当者名	
	請求書送付先住所・氏名		〒	電話番号

【業務内容】

業務の目的	食品中の放射能検査(品質管理を目的とした検査)		
法令・規制等(検査の方法)	<input checked="" type="checkbox"/> 食品衛生法関連 <input type="checkbox"/> その他() <small>緊急時における食品の放射能測定マニュアル(平成14年3月 厚生労働省医品局食品保健部監視安全課) 第2章 2 ゲルマニウム半導体検出器を用いたガンマ線スペクトロメリーによる核種分析法</small>		
検体番号			
試験品名 (必ず記載してください)			
検査結果の表示方法 (必ず記載してください)	<input type="checkbox"/> 試験品採取時点での結果をお求めになる場合	<input type="checkbox"/> 検査(測定)時点での結果をお求めになる場合	<input type="checkbox"/> 試験品採取時点での結果をお求めになる場合
試験品採取日時 (試験品採取時点での結果をお求めになる場合は、必ず記載してください)	年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	年 月 日 時 分
採取者氏名			
採取場所			
避難勧告地域内で採取されたものか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
採取量・数量	グラム、 個	グラム、 個	グラム、 個
採取時の状態	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍
試験品の外観	<input type="checkbox"/> 新鮮 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 新鮮 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 新鮮 <input type="checkbox"/> その他()
搬送条件	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍
発送予定日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検査項目	<input type="checkbox"/> 放射能3核種一斉検査 (ヨウ素131、セシウム134、セシウム137)	<input type="checkbox"/> 放射能3核種一斉検査 (ヨウ素131、セシウム134、セシウム137)	<input type="checkbox"/> 放射能3核種一斉検査 (ヨウ素131、セシウム134、セシウム137)
納期(郵送による)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (依頼殺到の為、ご希望に添えない場合がございます)	結果FAX	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
結果書部数	部(最大3部まで)	引渡方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 受取
業務委託料		請求方法	<input type="checkbox"/> 実施毎 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 四半期 <input type="checkbox"/> 着手時一括 <input type="checkbox"/> 完了後一括 <input type="checkbox"/> その他(翌月一括払い)
請求コード	5757387		指定請求 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
レビューを受けての処置		承諾	審査・承認 能力承認 技術管理監 測定分析管理者
備考	指標値	顧客	課長 業務担当者 窓口受入担当者

ご依頼により得られる情報は業務達成の範囲内で取扱い、ご依頼者の同意なしに第三者に提示することはありません。
 ※事前にFAX(083-924-9458)下さるようお願い致します。

試験品送付先: 〒753-0814 山口市吉敷下東1丁目5番1号
 (財)山口県予防保健協会(TEL083-933-0018)