

アスベスト試験依頼書

		依頼日	令和	年	月	日
公益社団法人大分県薬剤師会 検査センター 殿						
下記のとおり試験(検査)を依頼します。						

依頼者	住所	〒				
	ふりがな氏名	印				
	電話	()				
手数料支払者	依頼者と異なる場合のみご記入ください					
	住所	〒				
結果書送付先	依頼者と異なる場合のみご記入ください					
	住所	〒				1. 郵送 2. 窓口

建築物名称					
採取場所					
部位					
建材名称	1. 吹付け材 (吹付け材・吹付けロックウール・吹付けパーミキュライト (ひる石)・吹付けパーライト) 2. 耐火被覆板 (建材名:) 3. 断熱材 (建材名:) 4. 保温材 (建材名:) 5. 建材 (建材名:) 6. 仕上塗材 (塗材名称:) ※吹付けパーミキュライト (ひる石)・吹付けパーライト除く				
試料概要	吹付け・板・不形材・仕上塗材・その他 ()				
採取者	ふりがな氏名	所属	TEL ()	—	
採取日時	令和	年	月	日	時刻 時 分
施工年月					
建築物用途 (必要に応じて記載)					
業務名称 (必要に応じて記載)					

検査項目	1. 定性試験 (JIS A 1481-2 に基づく定性分析方法) 定性試験の結果、含有有りとなった場合 定量試験 (JIS A 1481-3 に基づく定量分析方法) を (行ないます ・ 行ないません) 2. その他 ()
(備考)	