

見 本
放射能検査依頼書

依頼日 令和 3 年 4 月 1 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 〒 870-0000 大分市大分1番地1 ふりがな かぶしきがいしゃ まるまるまるまる 氏名 株式会社 ○○○○ 印 TEL (097) 000-0000
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 〒 - 氏名 TEL () -
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 〒 - 氏名 TEL () - 1 郵送 2. 窓口

試料(検体)種類	食品関係	野菜・果物・肉類 魚介類・加工食品・牛乳類・清涼飲料水 その他 ()		
	水関係	飲料水・環境水(河川・湖沼・海水)・排水・その他 ()		
	固形物(食品外)	*食品以外の固形物は、細かく粉碎されているものに限りです。 土壌・肥料・飼料・その他 ()		
品目名 又は 試料(検体)名	*商品等の名称を記入してください。 ブリ			
採取場所	○○加工場			
採取者	ふりがな おおいた たろう 氏名 大分 太郎 所属 TEL () -			
採取日時	R3 年 4 月 1 日	時刻	8 時 45 分	
気象状況	天 候 (前日) (当日)	気 温	℃	
製造日時	*加工食品及び製品の場合のみ記入してください。 年 月 日 時 分			
検査項目	1. 精密検査 (I-131・Cs-134・Cs-137) ☐ 輸出 ☒ 国内	検出下限値 (希望の検出下限値をチェックしてください)		
		☐ 1Bq/kg (水道水、ミネラルウォーター、飲用茶等)		
		☐ 5Bq/kg (乳飲料、乳児用食品等)		
		☒ 10Bq/kg (食品一般等)		
		☐ 25Bq/kg (食品一般等)		
2. スクリーニング検査 (ガンマ線量)				
(備考)				

【注意事項】

- ・精密検査において、半減期補正が必要な場合は、お申し付けください。
- ・輸出用の試料で、輸出に伴う「パッキングリスト」、「インボイス」がある場合は、それらの写しを添付してください。
- ・英文結果書が必要な場合は、お申し付けください。(別途料金が必要になります。)
- ・スクリーニング検査は、Na I (Tl)シンチレーションハイメータにより概ね 1,400keV 以下のガンマ線量を測定するもので、放射性核種を個別に検査するものではありません。検査結果はセシウム 137 に換算して報告します。

センター確認事項

検体搬入時の状態 ☐ 常温 ☐ 冷蔵 ☐ 冷凍	検体の返却 ☐ 必要 ☐ 不要	重量 g
---	--	---------