

# 放射能検査依頼書

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 TEL( _____ ) _____
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ま 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。
----------------	-------------------

採取場所	
------	--

採取者	ふりがな 氏名 _____ 所属 _____ TEL( _____ ) _____
-----	--

採取日時	年 月 日 時刻 時 分
------	--------------

気象状況	天 候 (前日) (当日) 気 温 _____ °C
------	----------------------------

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) <input type="checkbox"/> 輸出 <input type="checkbox"/> 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)
		<input type="checkbox"/> 1Bq/kg (水道水、ミネウォーター、飲用茶等)
		<input type="checkbox"/> 5Bq/kg (乳飲料、乳児用食品等)
		<input type="checkbox"/> 10Bq/kg (食品一般等)
	<input type="checkbox"/> 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)シンチレーションカメラにより概ね 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 <input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	検体の返却 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	重量 g
---	--	---------