

# < 記入例 >

\*以下の太枠内をご記入ください。

## 試験検査依頼書

*試料番号	Y
*受注CD	

ご依頼者の名前  
又は社名を記入  
して下さい。

見積書 No.	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (No. )	受付年月日	年 月 日
結果書発行の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無 ( )	完了年月日	年 月 日

持込での依頼の  
とき、試料を持参  
された方の所属・氏  
名を記入して下さい。

検査内容に係る担  
当者、または責任  
者の所属・氏名等  
を記入して下さい。  
原則として所  
属毎の担当者は、  
一人として下さ  
い。

依頼者	フリガナ 名称	ザイダンホウジンギフケンコウシュウエイセイケンセンター 財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 様		
	住所	〒500-8148 岐阜市曙町4-6		
受付時持ち込み者	所属	理化学分析課	氏名	公衛検 一郎 様
連絡担当者	所属	理化学分析課	氏名	公衛検 二郎 様
	TEL :	058-247-1302	FAX :	058-248-0229
成績書宛名	名称	財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 飛騨支所 様		依頼者と同じ
	住所	〒506-0053 高山市昭和町2-100-10		依頼者と同じ
成績書の受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送	来社	受取の来社日時	年 月 日 時
	名称	様	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ	成績書宛名と同じ
検査料金の請求書宛名	住所	〒	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ	成績書宛名と同じ
	名称	様	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ	成績書宛名と同じ
請求書の受取方法	住所	〒	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ	成績書宛名と同じ
	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送	来社	名称	様 依頼者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 成績書宛名と同じ
支払方法	現金 ( 受付時支払済 ・ 未納 ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 銀行振込 ・ その他 ( )			
希望納期	年 月 日			

成績書の宛名が依  
頼者と異なる場合  
は記入して下さい。  
依頼者と同じ  
場合は 欄にチェック  
して下さい。

郵送または来社欄  
にチェックして下さい。  
来社の場合は、  
成績書ができた時  
点で電話連絡しま  
す。  
郵送の場合、郵送  
先が依頼者または  
成績書の宛名と異  
なる場合は記入し  
て下さい。同じ場  
合は 欄にチェック  
して下さい。

検査料金の請求先  
が依頼者名と異な  
る場合は記入して  
下さい。

検査項目や依頼状  
況によっては、ご  
希望に添えないこ  
ともありますが、  
お急ぎの場合など、  
目安とさせていただきますので  
記入して下さい。

検査項目について  
欄にチェックして下  
さい。

種別	: 建材	
採取日	: 月 日 持ち込み・公衛検採取 ( 窓口持ち込みの場合は、「持ち込み」とする。)	
試料名	: センター体育館 (必ずご記入ください)	
施設名等	部屋名等	採取部位等
センター	体育館	天井
検査項目	: アスベスト (定性及び定量) <u>トレモライト等の3成分</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>クリソタイル等+トレモライト等の計6成分</u>	
分析方法	: JIS A 1481	
過去のアスベスト検査実績	: <input checked="" type="checkbox"/> なし あり 【 <u>当センター</u> その他 】	

結果速報の連絡が  
必要な場合は、連  
絡方法とあわせて  
欄にチェックして下  
さい。  
なお、メールアドレスは備考へお書  
きください。

試料容器	: ポリ袋・ポリ容器・その他 ( 20~30g 採取してください )	
搬入方法	: 持ち込み・郵送・宅配・クール宅配・センター採取	
返却品	: <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 ( 試料返却・容器返却 )	
結果連絡	: 不要・ <input checked="" type="checkbox"/> 必要 ( <input checked="" type="checkbox"/> FAX・E-mail【 )	
検査料金	: { (分析費 + 出張費 - - - + 採取費 - - - ) } × 1.05 = 総額 円 (消費税含む)	

備考	クリソタイル等: アゼイト、クリソイル及び加シドライト / トレモライト等: アチライト、アソライト及びトレモイト	依頼内容承認
	検査項目・検査実績により料金は下記のとおり	
	定性分析 (含有の有無を確認する検査): 45,000 円 ( 過去検査実績が当センターの場合 40,000 円 ) 50,000 円 定量分析 (含有率 [ 含有量 ] の検査) : 15,000 円、20,000 円	<b>外注扱いとなります</b>

受入確認者	入力者	受注金額確認者	入力内容確認者	成績書作成者	報告担当者	最終検査者	発送確認

問合せ先 : (財) 岐阜県公衆衛生検査センター 〒500-8148 岐阜市曙町4-6 TEL : 058-247-1300 FAX : 058-248-0229

### 注意事項！！

- 赤字がご記入していただく部分です。ご希望がない場合は“空欄”として下さい
- 持ち込まれた試料容器又は分析用試料の返却を希望される場合は受付時に申し出て下さい。なお、返却品を郵送する場合は着払いとさせていただきます。
- 分析用試料の取扱いについて、特に注意する点がある場合は受付時に申し出て下さい。
- 成績書等の受け渡し方法を「来社」とされた場合は、電話により完了連絡を致します。なお、予定来社日を超えても来社されない場合は、郵送とさせていただきます。