

< 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	M
*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 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。

依頼者	成績書の受取方法	郵送 <input checked="" type="checkbox"/> 来社
	検査料金の請求書宛名	名称 様 依頼者と同じ 成績書宛名と同じ 住所 〒 依頼者と同じ 成績書宛名と同じ
依頼者	請求書の受取方法	<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 住所 〒 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 ()
依頼者	希望納期	年 月 日

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。

地点名及び検査項目	調査名	室内環境 (ビル管等) (1341)・ <input checked="" type="checkbox"/> 室内空気汚染物質測定 (シックハウス) (1342)・その他		
	調査地点	財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 会議室		
	<室内環境測定>			
	<シックハウス>			
	<input checked="" type="checkbox"/> ホルムアルデヒド (MA0100)	クロルピリホス (MA0800)		
	<input checked="" type="checkbox"/> アセトアルデヒド (MA0150)	フタル酸ジ-n-ブチル (MA0700)		
	<input checked="" type="checkbox"/> トルエン (MA0200)	フタル酸ジ-2-エチルヘキシル (MA0750)		
	<input checked="" type="checkbox"/> キシレン (MA0300)	テトラデカン (MA0900)		
	<input checked="" type="checkbox"/> p-ジクロロベンゼン (MA0400)	ダイアジノン (MA1000)		
	エチルベンゼン (MA0600)	フェノプロカルブ (MA1200)		
スチレン (MA0500)				
その他				

採取された場所、
月日、採水者を記
入して下さい。採
水者の所属は記入
されなくてもかま
いません。

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。

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	無・有 (試料返却・容器返却)
結果連絡	不要・ <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (FAX・ <input checked="" type="checkbox"/> E-mail)
検査料金	円 (消費税込)

備考	grc@koeiken.or.jp	依頼内容承認
----	-------------------	--------

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ください。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ください。
- 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。