

《放射性物質検査専用》


分析試験依頼書

厚生労働省 登録検査機関
ISO/IEC 17025 認定試験所
(株)キューサイ分析研究所

受付 No.			
ご記入日	年 月 日	◎太枠内をご記入ください。	
御社名			
部署名	ご担当者様		
ご住所	〒 -		
TEL	() -	FAX	() -
メールアドレス			
検査成績書 宛名	※検査成績書に記載。 ※ご指定の無い場合は御社名を記載いたします。		
検査成績書へ ISOマーク掲載	<input type="checkbox"/> 不要(※検査成績書に宛名の住所は記載いたしません) <input type="checkbox"/> 必要(※ISO/IEC 17025シンボルマークを検査成績書に掲載致します)		
検査成績書 記載住所	※ISOマーク付き検査成績書のみ記載いたします。 ※ご指定の無い場合は御社ご住所を記載いたします。		
検査成績書 標題	※検査成績書に記載。 ※ご指定の無い場合は検体名を記載いたします。		
検体ご発送日	月 日 ()	検査成績書(写し)納品希望日	月 日 ()
		検査成績書(原本)着希望日が ございましたらご記入下さい	月 日 ()
分析終了後の検体について	<input type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 廃棄	※返却の場合、送料はお客さまのご負担とさせていただきます。 なお、未記入の場合は廃棄させていただきます(注意事項4参照)。	
検査成績書(写し)納品方法	<input type="checkbox"/> FAX 又は <input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> ご不要 ※後日、別途原本を郵送させていただきます。	
検査項目	水・飲料		食品全般
	<input type="checkbox"/> 放射性物質2種(Cs-134, Cs-137) <input type="checkbox"/> 放射性物質3種(Cs-134, Cs-137, I-131)		<input type="checkbox"/> 放射性物質2種(Cs-134, Cs-137) <input type="checkbox"/> 放射性物質3種(Cs-134, Cs-137, I-131)
検出下限値	検出下限値のご要望がある場合は、備考欄へご記入願います。 ※特にご記入のない場合は、「水・飲料」の場合が核種別1Bq/kg、「食品全般」の場合が核種別5Bq/kgにてご報告致します。		
No.	検体名 (検査成績書に記載)	検体量 (g)	産地
1			
2			
3			
4			
5			
備考	その他、ご要望等ございましたらご記入ください。		

【注意事項】ご依頼前に必ずご確認ください。

- 検体量は、1検体あたり可食部として2kg(比重が1を超える場合は2L以上)のご用意をお願いいたします。ただし、検体量が少ない場合は、小型容器(100cc)でも対応いたしております。お気軽にご相談ください。
- 検体の比重や特性等により、検出下限値が上がる場合もございます。その際は、別途ご相談の上、進めさせていただきますので、予めご了承ください。
- 乾物の場合は、乾燥状態のまま検査を行います。水戻しでの検査をご希望の際は、事前にご指定ください。
- 検査後の検体につきましては、特にご指定のない場合は、検査終了後すぐに廃棄させていただきます。ただし、検査結果によっては検体をご返却させて頂く場合がございますので、予めご了承ください。
- ご発注金額は別途送付の見積書のとおりとなります。※分析内容の変更等により価格が変更となる場合は、改めて見積書を発行いたします。
- 検査成績書(写し)の納品先はご指定が無い場合、当依頼書に記載のメールアドレスまたはFAX番号とさせていただきます。

ご依頼方法	① 当分析試験依頼書をご記入後、検体ご発送前に下記番号までFAXをお願いします。 FAX : 0940-37-3991 ※検体送付の際にはFAX頂いた分析試験依頼書の同梱をお願い致します。	 株式会社キューサイ分析研究所
	② 検体の発送先および技術的なお問い合せ 〒811-3422 福岡県宗像市王丸411-1 株式会社キューサイ分析研究所 (TEL:0940-37-8070)	

弊社記入欄

検査成績書(写し)納品予定日(Email・FAX)	月 日 ()	※ 検体によっては予定日に納品できない場合がございます。予めご了承ください。
※ 検査成績書(原本)は、ご指定の無い場合、検査成績書(写し)納品の翌営業日(土日祝日除く)に当依頼書記載の住所宛に普通郵便にて発送いたします。		
総額:	円(税別)	※ 検査費用は、検査成績書(写し)納品当月請求 翌月末日(土日祝日の場合は金融機関の前営業日)迄に現金振込にてお支払をお願いいたします。

試料着日	月 日	検査成績書発行日	月 日	検査成績書発送日	月 日	営業担当者	
------	-----	----------	-----	----------	-----	-------	--