① FAXNo. 03-5988-0259
この依頼書をFAXした後、検体に添付してお送りください

② 送り先の検体
埼玉検査センター
〒350-1101　埼玉県川越市的場1491
TEL:049-239-5380　FAX:049-239-5372

放射性物質検査依頼書

検体到着予定日	平	成			年			月			日

（検査項目コード　57790　前処理　57840）

依頼日　平成　　年　　月　　日

施設コード	-00	TEL	―　　―
施設名		FAX	―　　―
部署名		E-mai	@
フリガナ		依頼検体数	
担当者名			検体
フリガナ			
住所	〒□□□－□□□□		

記入例	検体名称　(報告書に記載する名称)	検体情報	検体の種類
	ＢＭＬネギ	採取年月日　(2011/10/1) 原料原産地　埼玉川越 個体識別番号 採取部位 製造年月日　　製造業者名　BML	(農産物)　畜産品 魚介類　飲料水 加工品 その他(　　)

No	検体名称(報告書に記載する名称)	検体情報	検体の種類
1		採取年月日　(20　/　/　) 原料原産地　(　　) 牛・個体識別番号(　　) 採取部位　(　　) 製造年月日(　　)　業者名(　　)	農産物　畜産品 魚介類　飲料水 加工品 その他　(　　)
2		採取年月日　(20　/　/　) 原料原産地　(　　) 牛・個体識別番号(　　) 採取部位　(　　) 製造年月日(　　)　業者名(　　)	農産物　畜産品 魚介類　飲料水 加工品 その他　(　　)
3		採取年月日　(20　/　/　) 原料原産地　(　　) 牛・個体識別番号(　　) 採取部位　(　　) 製造年月日(　　)　業者名(　　)	農産物　畜産品 魚介類　飲料水 加工品 その他　(　　)

＊検査の都合、可食部の取り出し、粉砕など前処理が必要と判断された場合には、前処理費用が発生します
＊暫定基準値を超えた検査品は、依頼元に着払いにてご返送させていただきます。

【検体をお送りいただく時のお願い】

@ 野菜類は**枯れた葉を除き、泥を落として**可食部をビニールにいれて下さい。
@ 魚類は**頭、内臓、中骨をとり**可食部のみにしてビニールに入れて下さい。
@ 当検査室では汚染防止のために、水洗いはしません。**洗ってからお出し下さい。**
@ 検体の種類に合わせて、**常温、冷蔵、冷凍**でお送りください。