

# 放射線量測定 検査依頼書

1. サンプル送付時は伝票に必ず **M** と記入して下さい。
2. サンプルは必ず宅配で配送し、依頼書を必ず同封して下さい。
3. 検査依頼の際は必ず下記、(株)エムビックらいふ にご連絡下さい。
4. 検体量が足りない場合は検査できない場合がございます。

＜記入例＞			
以下ご希望検査欄に○を付けて下さい(料金が違います。ご注意ください)			
① 検出下限値10Bq/kg NaI高精度スクリーニング検査 ※検体必要量:1kg	② 検出下限値20Bq/kg NaIスクリーニング検査 ※検体必要量:630gまたは2kg	③ 検出下限値10Bq/kg ゲルマニウム核種検査 ※検体必要量:2kg	
翌日報告 ¥7,000	翌日報告 ¥5,000	即日報告 ¥8,500	3稼動日報告 ¥13,000

予約日	/
-----	---

以下ご希望検査欄に○を付けて下さい(料金が違います。ご注意ください)			
① 検出下限値10Bq/kg NaI高精度スクリーニング検査 ※検体必要量:1kg	② 検出下限値20Bq/kg NaIスクリーニング検査 ※検体必要量:630gまたは2kg	③ 検出下限値10Bq/kg ゲルマニウム核種検査 ※検体必要量:2kg	
翌日報告 ¥7,000	翌日報告 ¥5,000	即日報告 ¥8,500	3稼動日報告 ¥13,000

※ゲルマニウム核種検査の検出下限値は変更可能です。検出限界値により料金が変わります。

## ◆お客様情報

貴社名				担当者名			部署名		
住所	〒			TEL					
				FAX					
				E-mail	@				
緊急連絡先 第1優先者	担当者名				緊急連絡先 第2優先者	担当者名			
	TEL					TEL			

## ◆サンプル情報 ※正確を期す為、全ての欄に記入して下さい

No.	サンプル名	食材品目	産地(製造地)	採取日	発送日	検査項目名
1						
2						
3						
4						
5						

特記事項
------

■検体送付先  
〒183-0035  
東京都府中市四谷5丁目2726-5  
株式会社エムビックらいふ 環境分析センター  
TEL 042-330-8830 FAX 042-330-8831

■お問い合わせ先  
〒141-0002  
東京都品川区東品川2-2-24 天王洲セントラルタワータワー18階  
株式会社エムビックらいふ  
TEL 03-5769-7247 FAX 03-5769-7248

弊社使用欄

バーコード
-------

受付	入力	チェック1	チェック2	FAX	発送