

測定依頼書

放射線測定室アスナロ 御中

申込日 年 月 日

依頼者

印

代表者名

〒 住所

電話番号 FAX 携帯電話

e-mail

食品名/商品名			
産地（市町村まで記入して下さい）		容量	
採取日時		目的	
依頼者の方について教えてください。（○をつけてください） 消費者 生産者 流通・販売業者 その他（ ）			
試料の形状指定	（魚なら内臓や頭などの有無、またはその処理方法=内臓を入れるかなど。記入がなければ可食部はこちらで判断して測定します。）		
その他	（特記事項がありましたらお書きください）		
測定下限値（どちらかに○印をしてください）	①検出限界値 10Bq/kg 2000円 ②検出限界値 5Bq/kg 4000円		
結果の送り先	（依頼者と同じであれば記入不要） 〒		
測定後の試料の返却について	〒 TEL		
測定結果の公表について	測定結果については原則公表いたします。（ご同意されましたらチェックをお願いいたします。） ☐ 測定結果の公表に同意します。		

（事務局記入欄）

試料受付番号/試料到着日	/ 年 月 日
試料測定日/振込確認日	年 月 日/ 年 月 日
記入者	

送付先

〒120-0036

東京都足立区千住仲町3-1-101 サカイリグリーンパーク

放射線測定室アスナロ

TEL 03-3879-9886

FAX 03-6806-1281

e-mail: sokutei@lab-asunaro.jp

振込先

郵便振替 00190 - 6 - 386005 放射線測定室アスナロ

銀行 三菱東京UFJ 千住支店 普通 口座0088053 放射線測定室アスナロ 代表 牛崎妙子