試　験　依　頼　書

平成　　年　　月　　日　　No

公益財団法人福島県保健衛生協会長　殿

依　頼　者　　〒　　TEL
住　所
氏　名
ご担当者名

成績宛名　　〒　　TEL
住　所
氏　名

請求宛名　　〒　　TEL
住　所
氏　名

下記の試験を依頼します。

記

試　験　名		件数	
試料（検体）の種類	水質（　　）・土壌（　　）・食品（　　）・ばい煙・作業環境 飲料水（井戸水・水道水・地下水・その他　　）		
採取年月日	年　　月　　日	採取者　当会（　　）・依頼者	
納　期	特に指定がない場合は受付日より１４日 （　　）	報告書作成の有無	有　・　無

受付番号	試料名（採取場所）	試験項目

特記事項	

※試料名は成績書等に表記するものを記入してください。　　様式　平成１６年８月１８日作成