

試 験 依 頼 書

令和 年 月 日

No _____

公益財団法人福島県保健衛生協会 様

依 頼 者
 〒 TEL
 住 所
 氏 名

担当者名 _____

成 績 宛 名
 〒 TEL
 (結果書に記載する名称) 住 所
 氏 名

請 求 宛 名
 〒 TEL
 住 所
 氏 名

※通常、結果書及び請求書等は依頼者住所に送付させていただきます。

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（ ）		
受付番号	試 料 名 （ 採 取 場 所 ）	試 験 項 目	
	※試料名は成績書等に表記するものを記入してください。		
特記事項	検査料	円	前納
			後納
			取扱者印