

FAX送信



公益財団法人

震災復興支援
放射能対策研究所

Research Institute of Radiation for Disaster recovery support

〒963-8202

福島県石川郡平田村大字上蓬田字大隅30

TEL0247-57-5012

放射性核種スクリーニング検査

[NaI(Tl)シンチレーション検出器による] 申込書

太枠内にご記入の上、送信下さい

送信先: 0247-57-5006

お申込み日から測定実施可能のご連絡まで数ヶ月お時間がかかる場合がございます。
予めご了承ください。

申し込み日 年 月 日

ID

企業名 (団体名)	フリガナ	担当者名	フリガナ
現住所 (所在地)	〒 -	担当者 生年月日	
		結果公開	公開 ・ 非公開
避難前住所	〒 -	電話番号	
		FAX番号	

No.	測定希望品名(試料名)	試料量(kg)	搬出時の形状 (袋詰、容器等)	採取場所(～区市町村地区等)	試料ID
1		kg			
2		kg			
3		kg			

測定可能日が決定しましたら、担当者様に電話にてご連絡させていただきます。
ご連絡前に測定試料をお送りいただいても、測定はできませんのでご注意ください。

<測定試料について>

試料は郵送にてお送りいただきます。

測定を終了した試料は返却させていただきますので予めご了承ください。

郵送料金に関しては、測定前・後ともご負担いただきますようお願い申し上げます。

受付担当者	試料受取年月日	測定担当者	測定結果報告日	測定結果報告担当者
	年 月 日		年 月 日	