

放射能測定依頼書

カナ				生年月日	
依頼者氏名				大正 昭和 平成	年 月 日
カナ				会員番号又は診察券番号	
住所	〒 -				
連絡先	TEL		FAX		E-mail
依頼日	平成 年 月 日		下記の様に検体（食品）の放射能測定を株式会社ヨーゼフに依頼致します。		
測定内容	ATOMTEX 社製 AT1125 を使用した NaI(Tl)シンチレーション検出による試料の放射能測定。 検出限界値 100Bq/kg。				
検体①					_____ kg
検体②					_____ kg
検体③					_____ kg
検体④					_____ kg
検体取扱上の注意					

同意事項

依頼者は放射能測定を依頼するにあたり、下記の事項に同意し、遵守致します。

1. 株式会社ヨーゼフは放射能測定の専門機関ではありません。
2. 提供した検体は返却された場合、依頼者が必ず持ち帰ります。その他の処分については株式会社ヨーゼフに任せます。
3. 本依頼に関し、故意又は重大に過失による損害以外で、株式会社ヨーゼフは一切責任を負いません。
4. 本依頼によって知り得た結果から生じた如何なる不利益も株式会社ヨーゼフは一切責任を負いません。
5. 本依頼に関し、故意又は過失によって株式会社ヨーゼフに損害を与えた場合はそれを保証します。

平成 年 月 日 依頼者署名

検体合計	(1,470 円) × _____ 検体
合計依頼料	_____ 円 (税込)

注意事項

1. 本依頼は株式会社ヨーゼフの会員、医療法人社団マリヤ・クリニックに通院されている患者さんのみ限定で行える依頼となっております。
2. 放射能の測定は一日 4 検体が限度となっております。予約して来られる事をお勧めいたします。
3. 依頼料は、依頼当日に検体と依頼書と共にお支払い下さい。
4. 検体は最低 1kg 必要となります。足りない場合は正確な測定は出来なくなりますのでご了承下さい。
5. 検体は測定のし易い様、ミキサーなどによって細かくしてお持ちください。お持ち頂いたままでの測定となりますので、出来るだけ細かい方が正確に測定出来ます。
6. 依頼を受けられる検体は食品のみとなっております。その他は受けかねます。

受理

測定済

株式会社ヨーゼフ

〒263-0043 千葉県千葉市稲毛区小仲台 6-19-19My ビル

TEL:043-207-6035

URL:http://yozeph.com