

所 長	副 所 長	部 長	科 長	科 員	担 当

放射能測定依頼書（Ge半導体によるもの）

年 月 日

福島県ハイテクプラザ所長

住所又は所在地

申請者

氏名又は名称及
び代表者の氏名

(電話)

次のとおり 放射能測定 を依頼します。

また、測定結果について県保健福祉部、中核市等へ情報提供する必要があることに同意いたします。

品 名	製造年月日 (または製造ロット番号など)	備 考
	年 月 日	<input type="checkbox"/> ヨウ素追記
報 告 書 言 語	<input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> 英 語 Company Name : _____ Sample Name : _____ <small>英文報告書を希望される方は、会社名、品名を英語で記入してください。</small>	
	※ 受付年月日 受付番号	年 月 日 第 号

備考 ※印の欄は記入しないでください。
希望する項目の「」にチェックしてください。