

アスベスト検査依頼書

環境コンサルタント株式会社 御中

受付日:平成 年 月 日

下記について検査を依頼します。

受付番号:

| | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------|------------------------------|
| 平成 年 月 日 | | | |
| 依頼者 | 氏名 | | |
| | 住所 | (〒 -) | |
| | 担当者 | (所属) | (氏名) |
| | (Mail) | | @ |
| 報告書宛名 | <input type="checkbox"/> 同上 | | |
| 報告書送付先 | <input type="checkbox"/> 同上 | 住所 | 〒 |
| | | 氏名 | |
| 検査料請求先 | <input type="checkbox"/> 同上 | 住所 | 〒 |
| | | 氏名 | |
| 検査結果の 報告について | 報告書の部数 | 部 | 引渡方法 |
| | 引渡希望日 | 平成 年 月 日 (時ころ) | |
| | 速報の通知 | <input type="checkbox"/> 必要なし | |
| | | <input type="checkbox"/> TEL | <input type="checkbox"/> FAX |
| | | <input type="checkbox"/> Mail | |
| | | (通知先) | |
| 試験の内容・件名など | | | |
| 検査項目(検査を希望する検体、項目の欄に○印を記入してください) | | | |
| No. | 項目名 | 試料番号 | |
| | | 1 | 2 |
| | | 3 | 4 |
| | | 5 | |
| | 石綿定性分析 (クリソタイル アモサイト クロシドライト トレモライト アンソフィライト) | | |
| | 石綿定量分析 | | |
| (特記事項) | | | |

