

所 長	副 所 長	部 長	科 長	科 員	担 当

放射線量測定依頼書

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 放射線量測定 を依頼します。

品 名	報告書書式	備 考
	<input type="checkbox"/> 和文報告書 <input type="checkbox"/> 英文報告書	
	<input type="checkbox"/> 和文報告書 <input type="checkbox"/> 英文報告書	
	<input type="checkbox"/> 和文報告書 <input type="checkbox"/> 英文報告書	
	<input type="checkbox"/> 和文報告書 <input type="checkbox"/> 英文報告書	
	<input type="checkbox"/> 和文報告書 <input type="checkbox"/> 英文報告書	
※ 受付年月日 受付番号	年 月 日 第 号	※ 受付者

備考 ※印の欄は記入しないこと。

- ・ 一企業5検体までとします。
- ・ 放射線の測定単位は **cpm** となります。
- ・ 英文報告書を希望される場合は、会社名及び品名を備考欄に英語で追記して下さい。
- ・ 報告書へ検体寸法表記を希望される場合は、備考欄に寸法を追記して下さい。