

測 定 申 込 書

申込日 年 月 日

ご 依 頼 者	フリガナ			会社名・団体名		
	氏名			(担当部署・担当者名)		
	住所					
	電話			ファクス		
	メールアドレス					
会員	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 一般(非会員) 会員番号: _____ ※4桁の数字です。分からなければ記入不要です。					
測 定 に つ い て ・ 検 体 に つ い て	測定希望日	<input type="checkbox"/> 希望日時なし <input type="checkbox"/> 希望日時あり 月 日 時ごろを希望します ※ご希望に添えない場合がございます。測定日時はこちらからご連絡いたします。				
	食品名			商品名		
	産地			生産者		
	製造年月日・収穫日・賞味期限			容量・重量		
	その他備考					
	検体の返却	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※基本的には検体は小さく裁断してから測定します。返却の場合は、着払いとなります。				
	測定料金	<input type="checkbox"/> 測定時間 1,000 秒 会員・一般共通 1,000 円/検体 <input type="checkbox"/> 測定時間 4,000 秒 会員 2,000 円/検体 <input type="checkbox"/> 測定時間 4,000 秒 一般 3,000 円/検体 <input type="checkbox"/> 一日利用 会員のみ 5,000 円/日 ※「検体宅配」の場合、測定日の前日までに届くように「発払い(元払い)」にてお送りください。 測定料金は事前にお振込みください。振込手数料もお客様負担でお願いいたします。 ◆ゆうちょ銀行 01700-0-71535 放射能市民測定室・九州 他行からの振り込みの場合は「一七九店(店番 179) 当座 0071535」です。				
測定したデータは、結果のいかに関係なく公開いたします。同意していただけますか？				同意する ・ 同意しない		

事務局記入欄		月/日	担当	月/日	担当
①依頼受付・内容確認	直・TEL・FAX・Mail			⑥測定予定日	
②代金入金確認	直・振込			⑦測定実施日	
③測定予定日連絡	直・TEL・FAX・Mail			⑧測定結果データ名	
④検体受取・内容確認	直・TEL・FAX・Mail			⑨測定結果通知	直・郵送・FAX・Mail
⑤保管場所・方法	冷凍・冷蔵・常温			⑩検体返却・処理	要返却・不要