

アスベスト含有調査・分析依頼書

石綿含有有無調査・分析依頼について、下記■欄の必要事項のご記入をお願いします。

□欄は、希望する項目にレ印を記入してください。

※欄は弊社記入事項です。

■ 申込日	※ 受付日	
■ 貴社名	■ 担当者氏名	
様		
■ 住所 〒	-	
■ TEL	-	-
■ FAX	-	-
■ 携帯	-	-
■ E-mail		
■ 弊社担当者		
■ 建物名称(工事名称等)		
■ 採取場所(所在地)		
■ 施工(竣工)年	■ 構造	
■ 採取位置	例) 1階 会議室 天井 梁・壁	試料種類 例) 吹付け材、ケイカル板
※No.	■1)	試料種類
※No.	■2)	試料種類
※No.	■3)	試料種類
※No.	■4)	試料種類
※No.	■5)	試料種類
※No.	■6)	試料種類
※No.	■7)	試料種類
※No.	■8)	試料種類
※No.	■9)	試料種類
※No.	■10)	試料種類
■ 試料採取	<input type="checkbox"/> 自社で採取を行う。 <input type="checkbox"/> 弊社に採取を依頼する。	
■ 採取年月日	■ 試料採取者	
■ 現場指示者	■ 用途	
■ 受付方法	<input type="checkbox"/> 弊社採取 <input type="checkbox"/> 収集 <input type="checkbox"/> 持込(郵送を含む)	
■ 報告書宛名	作成部数(通常1部) 部	
■ 分析項目	<input type="checkbox"/> JIS A 1481-1 偏光顕微鏡による定性分析 <input type="checkbox"/> JIS A 1481-2 X線回折および位相差・分散顕微鏡による定性分析 <input type="checkbox"/> JIS A 1481-3 X線回折による定量分析 (石綿の含有量を分析しますが、任意項目です。) <input type="checkbox"/> 定性分析結果が『石綿含有せず』の場合でも、定量分析を希望する。(希望により実施) <small>注) 通常、定性分析結果が『石綿含有せず』の場合は、定量分析は実施しません。</small>	
■ 納期希望日	(定性分析迄)	
■ 納期希望日	(定量分析迄)	
■ 備考		

【試料送付先】

〒485-0828 愛知県小牧市小松寺三丁目153番地
 株式会社アイテックリサーチ 分析Gr 神谷・森川
 TEL 0568-41-6226 FAX 0568-41-6276

調査が複数ある場合は用紙をコピーしてご記載ください。

アスベスト含有調査・分析依頼書

■ 建物名称(工事名称等)

■ 採取位置 例) 1階 会議室 天井 梁・壁

試料種類 例) 吹付け材、ケイカル板

※No. ■11)

試料種類

※No. ■12)

試料種類

※No. ■13)

試料種類

※No. ■14)

試料種類

※No. ■15)

試料種類

※No. ■16)

試料種類

※No. ■17)

試料種類

※No. ■18)

試料種類

※No. ■19)

試料種類

※No. ■20)

試料種類

※No. ■21)

試料種類

※No. ■22)

試料種類

※No. ■23)

試料種類

※No. ■24)

試料種類

※No. ■25)

試料種類

※No. ■26)

試料種類

※No. ■27)

試料種類

※No. ■28)

試料種類

※No. ■29)

試料種類

※No. ■30)

試料種類

※No. ■31)

試料種類

※No. ■32)

試料種類

※No. ■33)

試料種類

※No. ■34)

試料種類

※No. ■35)

試料種類

※No. ■36)

試料種類

※No. ■37)

試料種類

※No. ■38)

試料種類

※No. ■39)

試料種類

※No. ■40)

試料種類

揮発性有機化合物測定(VOC)

※申込日: _____

※必須項目

※ 貴社名

※ 担当者様氏名
携帯電話

様

※ 住所(報告書お送り先)
〒 _____

※ TEL
FAX

e-mail:

揮発性有機化合物測定について、下記必要事項をご記入お願いします。

■ 建物名称

■ 建築場所

■ 内装工事完了日又は 工事竣工・入居(予定)年月日

■ 測定方法 標準法(吸引方式2重測定) 吸引方式(n=1) パッシブ法(拡散方式) 品確法準拠

■ VOC使用サンプラー(パッシブ法のみ) No.3500 パッシブガスチューブ(柴田科学) VOC-SD

■ 採取日時 _____ 時 分 ~ _____ 時 分

■ 測定場所(室名等)

	合計	箇所
--	----	----

■ 測定を希望する揮発性有機化合物

ホルムアルデヒド トルエン キシレン エチルベンゼン

スチレン パラジクロロベンゼン アセトアルデヒド その他、備考 _____

測定対象物質総数 3物質 4物質 5物質 6物質 7物質 その他 物質


■ 報告書納期 _____ ()部 ■ 速報 AM TEL 携帯
PM FAX e-mail

■ 報告書様式 _____ (単位) _____ (判定基準)

■ 宛名 _____ ■ 測定名 _____ ■ サンプル表記順 _____
■ 備考 _____

【試料送付先】

〒485-0828 愛知県小牧市小松寺三丁目153番地

 株式会社アイテックリサーチ

TEL 0568-41-6226 FAX 0568-41-6276

- (注意) ① 調査が複数ある場合は用紙をコピーしてご記載ください。
② 希望する項目にレ印を記入してください。

分析依頼書

※申込日： _____ ※必須項目

※会社名

※担当者名

部署/氏名

携帯：

※住所

〒 -

※TEL/FAX

TEL

FAX

携帯電話

E-mail

お送りしました試料について、下記項目の分析をお願いします。

■ 試料名

■ 種類

■ 報告書宛名

■ 依頼者名

不要

■ 採取施設名

不要

■ 試料採取住所

不要

■ 作成部数

部

■ 業務名

不要

■ 採取年月日

不要

■ 試料採取者

不要

■ 分析方法

■ 分析項目

■ 試料No. 1.

2.

3.

4.

5.


■ 納期希望日

■ 備考

【試料送付先】

〒485-0828

愛知県小牧市小松寺三丁目153番地

 株式会社アイテックリサーチ

TEL 0568-41-6226

FAX 0568-41-6276

(注意) ① 試料が複数ある場合は用紙をコピーしてご記載ください。

② 希望する項目にレ印を記入してください。