No.

～

室内環境検査依頼書

平成　　年　　月　　日

(財)東京都予防医学協会 殿

〒162-8402 東京都新宿区市谷砂土原町1-2
電話:03(3269)7140 FAX:03(3269)2173

依頼者	〒 住所 名称 (電話)　(FAX)　(担当者)
成績書、請求書の宛名および送付先が依頼者と異なる場合は、この覧にご記入下さい。	

採取年月日	平成　年　月　日（～　月　日）		
採取地住所			
施設名称			
	採取箇所 1.	4.	
	2.	5.	
	3.	6.	
採取方法	□ アクティブサンプリング	□ パッシブサンプリング(　時間)	
測定物質	アルデヒド類	□ ホルムアルデヒド	□ アセトアルデヒド
	VOC類	□ トルエン	□ エチルベンゼン
		□ キシレン	□ スチレン
		□ パラジクロロベンゼン	□ その他　(計　項目)
	□ カビ等 その他		
検査目的	□ 住宅新築時検査	□ 住宅改修時検査	□ 住宅居住時検査
	□ 学校臨時検査	□ 学校定期検査	□ その他

東京都予防医学協会記入欄

受付年月日	年　月　日		
報告年月日	年　月　日	報告方法	□ 郵送　□ その他　□ Mgにて
検査料金	出張・採取料金　(　)円 × (　)回 ＝ (　)円 分析料金　(　)円 × (　)検体 ＝ (　)円 合計　(　)円 ＋ 消費税(　)円		
払込方法	□ 前納　□ 後納	請求方法	□ 今回　□ 次回一括　□ Mgにて
受付担当	備考		