

# 検査依頼書

固体試料 その他用

(一財)岩手県薬剤師会 検査センター 殿

受付番号 \_\_\_\_\_ 受付 年 月 日

依頼者名	TEL	担当者		
住所	〒 FAX			
結果書宛名				同上
支払先名称	TEL	同上		
支払先住所	〒 FAX			
試料の種類及び区分	1 固体試料 (1)底質 (2)土壌(含有) (3)土壌(溶出) 2 その他 (1)産業廃棄物(溶出) (2)産業廃棄物(含有) (3)肥料 (4) ( )			
試料名又は採取場所			採取年月日時	
採取者名			採取者住所	
天候	当日	前日	気温 °C	外観 臭気

検査項目の番号を○で囲んでください。

1	強熱減量	11	六価クロム	21	チオベンカルブ	31	ヘキサン抽出物質	41	1,3-ジクロロプロパン
2	総水銀	12	ヒ素	22	セレン	32	トリクロロエチレン	42	ベンゼン
3	アルキル水銀	13	全シアン	23	粒度組成	33	テトラクロロエチレン	43	C / N 比
4	カドミウム	14	PCB	24	含水率	34	ジクロロメタン	44	カルシウム
5	鉛	15	硫化物	25	塩基置換容量	35	四塩化炭素	45	マグネシウム
6	銅	16	全窒素	26	電気伝導度	36	1,2-ジクロロエタン	46	ふっ素
7	亜鉛	17	全燐	27	pH	37	1,1-ジクロロエチレン	47	有機燐
8	鉄	18	COD	28	TOC	38	c-1,2-ジクロロエチレン	48	ニッケル
9	マンガン	19	チウラム	29	全カリウム	39	1,1,1-トリクロロエタン	49	熱灼減量
10	総クロム	20	シマジン	30	陰イオン界面活性剤	40	1,1,2-トリクロロエタン	50	ほう素

追加項目備考	検体情報添付		
	有 無		

未収・入金 ( ) 受付者 \_\_\_\_\_