

空气中化学物質検査依頼書(パッシブ法)

一般財団法人 北海道薬剤師会公衆衛生検査センター
〒062-0931 札幌市豊平区平岸1条8丁目6番6号
TEL (011)824-1348 FAX (011)824-1627

※太枠内をご記入ください

受付日

依頼者	住所	〒					
	名称						
	電話		担当者				
	FAX		メールアドレス				
成績書の宛名	(住所)						
	(名称)						
検査料の請求先	(住所)						
	(名称)						
成績書の送付先	(住所)						
	(名称)						
施設名・工事名							
測定項目・件数	ホルムアルデヒド: 件 VOC 5項目 (トルエン、キシレン、パラジクロロベンゼン、エチルベンゼン、スチレン): 件						
換気時間	月	日	時	分	～ 時 分	追加項目	
密閉開始	月	日	時	分	設置日・設置者	月 日 ・	
密閉終了	月	日	時	分	回収日・回収者	月 日 ・	
室名	①	②	③	④	⑤		
設置時刻	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	
設置時室温※	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)	
回収時刻	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	
回収時室温※	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)	
※上記湿度(%)に関しては、測定が可能な場合にご記入願います ⑥以降は裏面へご記入願います							
ホルムアルデヒド							
トルエン							
キシレン							
パラジクロロベンゼン							
エチルベンゼン							
スチレン							
成績書受渡方法	郵 送 ・ 来 所		備考 (施工前 ・ 施工後)				
結果連絡	TEL ・ FAX ・ E-MAIL						
				受付時間 時 分	受付者	検査料	受付番号

室 名	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
設置時刻	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
設置時室温※	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)
回収時刻	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
回収時室温※	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)
ホルムアルデヒド					
トルエン					
キシレン					
パラジクロロベンゼン					
エチルベンゼン					
スチレン					

※上記湿度(%)に関しては、測定が可能な場合にご記入願います

室 名	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮
設置時刻	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
設置時室温※	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)
回収時刻	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
回収時室温※	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)
ホルムアルデヒド					
トルエン					
キシレン					
パラジクロロベンゼン					
エチルベンゼン					
スチレン					

※上記湿度(%)に関しては、測定が可能な場合にご記入願います

室 名	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳
設置時刻	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
設置時室温※	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)
回収時刻	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
回収時室温※	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)	℃(%)
ホルムアルデヒド					
トルエン					
キシレン					
パラジクロロベンゼン					
エチルベンゼン					
スチレン					

※上記湿度(%)に関しては、測定が可能な場合にご記入願います