

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

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
--	--	--	--	-------------	-----	-----	------