

<p>検 査 依 頼 箋</p>		文 書 番 号	保 第 号
		検 査 受 付 日	平成 年 月 日
		検 査 受 理 者	
(前納、収去)		大阪府	保健所
依 頼 者	住 所	〒	
		連絡先電話番号	
	氏 名		
空気捕集場所 (住 所)			
試 験 目 的	室内空气中 ホルムアルデヒドの定量	室内空气中 揮発性有機化合物の定量	
手 数 料	19,200円	53,900円	
件 数	件	件	
空気捕集予定年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
<p>注；揮発性有機化合物の中で、次の4物質を検査する。 トルエン、キシレン、エチルベンゼン、パラジクロロベンゼン</p>			
備考		手数料領収印	