

登録番号 ー

平成 年 月 日

鎌ヶ谷市長 あて

住所 鎌ヶ谷市

氏名(事業者名)

電話番号

食品等の放射性物質検査申請書

食品等の放射性物質検査について鎌ヶ谷市食品等の放射性物質検査実施要領に同意し、下記のとおり申請します。

記

検体の種類			採取・購入日時	
大分類	小分類	品名	平成 年 月 日	午前・午後 時頃
食品	1. 農産物		栽培(採取)・購入場所	
	2. 水産物			
	3. 飲料物			
	4. その他			
水	1. 井戸水	/	その他(入手経路・心配なことなど)	
	2. 水道水			
	3. 湧水			
その他				
予約状況	予約した日 平成 年 月 日	予約方法	1. 電話で 2. 窓口で	

※項目ごとに、わかる範囲で記入してください。

※数字のある項目は、数字のいずれかに○をつけてください。

※電話予約時にお伝えした「登録番号」を必ず記入してください。

※「栽培(採取)・購入場所」欄には、栽培(採取)の場合は市町村名を、
購入品は購入した店舗名を記入してください。

※検体は必ず持ち帰るようお願いします。