

室内空气中化学物質試験依頼書

(宛先) 旭川市保健所長

太枠の中を御記入ください。

依頼年月日	年 月 日	衛生検査課 収受印
依頼者名		
住 所	(〒 -) (電話番号)	
(連絡先)		

測定対象箇所

建 築 物	名 称	
	所在地	
	所有者	
測 定 箇 所 名 称	①	
	②	
	③	
	④	
	⑤	

試験種別および手数料

種 別	単 価	件 数	金 額	備 考
ホルムアルデヒド定量試験	16,200 円		円	1 地点・2 成分 まで測定
ホルムアルデヒド地点加算	4,140 円		円	1 地点追加ごと
揮発性有機化合物定量試験 ()	24,200 円		円	1 地点・3 成分 まで測定
揮発性有機化合物地点加算	7,620 円		円	1 地点追加ごと
揮発性有機化合物成分加算 ()	2,000 円		円	3 成分を超え、 1 成分追加ごと
合 計 金 額			円	