学校給食用食材の放射性物質検査申込書

※太枠内のみご記入ください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込月日 |  | | | |
| 施 設 名 |  | | | |
| 担 当 者 | 職 名 |  | 氏 名 |  |
| 検査担当者 | 職 名 |  | 氏 名 |  |
| 連 絡 先 | TEL |  | FAX |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査希望日時 | 検　査　品　目 | 生産地 | 検　査　結　果 | |
| Cs134 | Cs137 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

上記のとおり、検査を受付いたしました。

受付番号

受付月日

　公益財団法人青森県学校給食会

　　TEL 017(738)1010　FAX 017(738)1051

e-mail　aomori@aogk.or.jp