

試料分析依頼書

令和 年 月 日

中央労働災害防止協会
大阪労働衛生総合センター

会社名 _____

住 所 〒 _____

電 話 _____

FAX _____

担当所属 _____

担当者名 _____

下記の試料の分析を依頼します。

依 頼 内 容

測 定 対 象 物 質	検 体 数

* 分析結果報告書・請求書送付先（上記住所以外の場合）

〒550-0001 大阪市西区土佐堀 2-3-8
電話 06-6448-3788 FAX06-6448-2263
Email:oskbun@jisha.or.jp
中央労働災害防止協会
大阪労働衛生総合センター
労働衛生検査室