

(様式 1)

収入証紙貼付欄 (枚数が多い場合は別紙に貼付すること。)

室内空気質試験 (検査) 依頼書

令和 年 月 日

北海道岩見沢保健所長 様

(〒 -)

依頼主 住所

氏名

(連絡先電話 - -)

北海道保健所条例施行規則別表による次の試験 (検査) を依頼します。

1 試験 (検査) 種別

| 種 別 | 単 価 | 件 数 | 金 額 | 備 考 |
|------------------------------|---------|-----|-----|-----|
| ホルムアルデヒド・アセトアルデヒド | 19,400円 | | 円 | |
| ホルムアルデヒド・アセトアルデヒド地点加算 () | 4,800円 | | 円 | |
| 揮発性有機化合物 () | 34,700円 | | 円 | |
| 揮発性有機化合物地点加算 () | 6,800円 | | 円 | |
| 揮発性有機化合物項目加算 () | 4,700円 | | 円 | |
| 合 計 | | | 円 | |

2 建物所在地 :

3 建物所有者 :

4 建物種別 戸建 : 構造 (木造、2×4、木質プレハブ、鉄骨プレハブ、RC、その他)
階数 (平屋、2階建、3階建、その他)

集合 : (階建、 階部分)

5 換気システムの有無 : 無 有 (自然換気、強制換気 ())

6 規模 : 1階 (m²)、2階 (m²)、3階 (m²)、延面積 (m²)

7 建築年数 : 竣工年月日 (年 月 日) 引渡し年月日 (年 月 日)

8 改修の有無 : 無 有

改修時期 (年 月 日)

改修箇所 ()

家具の購入時期 (年 月 日)

家具の種類 ()

9 その他