（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 |
| ﾎﾙﾑｱﾙﾃﾞﾋﾄﾞ･ｱｾﾄｱﾙﾃﾞﾋﾄﾞ | １９，４００円 |  | 円 |  |
| ﾎﾙﾑｱﾙﾃﾞﾋﾄﾞ･ｱｾﾄｱﾙﾃﾞﾋﾄﾞ地点加算  ( ) | 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（　　　㎡）、２階（　　　㎡）、３階（　　　㎡）、延面積（　　　㎡）

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