

食品衛生法に基づく水質検査依頼書

20130901

太枠内の記入をお願いいたします。
採水当日に当センターへの搬入をお願いします。

一般社団法人 群馬県薬剤師会環境衛生試験センター
〒371-0013 群馬県前橋市西片貝町五丁目18番地の36
TEL 027-223-6355 FAX 027-243-2967

下記のとおり試験・検査を依頼いたします。

依頼者	フリガナ 依頼者名	依頼日： 年 月 日			※依頼者コード	
	〒	印				
	住 所				※顧客コード	
	担当者 (所属・氏名)					
	TEL	FAX				
以下は依頼者と異なる場合は必ずご記入ください。					※コード	
	請求先 (住所・宛名)	〒				
	成績書宛名					
	成績書送付先 (住所・宛名)	〒				
検体種類		食品製造に用いる原水 ミネラルウォーター類原水				
採水場所						
採水日時		西暦 20 年 月 日 時 分				
天候	前日	晴 ・ 曇 ・ 雨 ・ 雪		当日	晴 ・ 曇 ・ 雨 ・ 雪	
気温	℃		水温	℃		遊離残留塩素 mg/L
採水者 (所属・氏名)				立会人 (所属・氏名)		
検 査 項 目						
食品衛生原水水質試験(26項目) 食品衛生原水水質試験(10項目)						
ミネラルウォーター類原水水質試験						
その他 []						

※試験センター記入欄	日付印	受付番号

依頼書に記載された内容は検査の目的以外には使用しません。また、検査等について、他に提供することはありません。
なお、検査結果をもとに、個々を特定できないデータとして、集計に使用させていただくことがあります。