

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	カブシキカイシャマルマルマル		依頼日:	〇〇年 〇〇月 〇〇日	※依頼者コード	依頼日を記入してください。	
	依頼者名	株式会社環境		印		※顧客コード	会社名、所属、担当者の氏名を記入し押印してください。会社印が押印出来ない場合は、担当者の押印をお願いします。	
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	群馬県前橋市〇〇町〇-〇〇				★郵便番号、住所、電話、FAX番号、フリガナも必ず記入してください。	
	担当者(所属・氏名)	〇〇課 環境 太郎						
	TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		※コード		
以下は依頼者と異なる場合は必ずご記入ください。								
請求先(住所・宛名)	〒							
成績書宛名								
成績書送付先(住所・宛名)	〒							
水道種別	上水道	簡易水道	専用水道	その他()				該当する事項に○をつけてください
採水場所	前橋市〇〇町〇〇							
水道名称	〇〇専用水道							
原水浄水区分	原水(表流水 伏流水 湧水 井水)・浄水・その他()							実際に採水した住所、又は施設名等
採水日時	西暦	20〇〇年	〇〇月	〇〇日	〇〇時	〇〇分		
天候	前日	晴・曇・雨・雪		当日	晴・曇・雨・雪			
気温	〇	℃	水温	〇	℃	遊離残留塩素	〇.〇 mg/L	
					二酸化塩素の使用	有・無		
採水者(所属・氏名)	〇〇課 環境 太郎		立会人(所属・氏名)					必ず記入をしてください。
検査項目	基準項目試験 (51項目 49項目 原水39項目 原水37項目)							
	省略不可能項目試験 (9項目 消毒12項目)							検査を依頼する項目に○をつけてください。
	クリプトスポリジウム(定量) クリプトスポリジウム指標菌(大腸菌(定性)、嫌気性芽胞菌(定量))							
	その他 []							
※試験センター記入欄				※試料確認事項		日付印	受付番号	
				出発時刻	:			
				到着時刻	:			
				依頼書との同一性	<input type="checkbox"/>			
				試料の状態及び量	<input type="checkbox"/>			
				試料の運搬状況	<input type="checkbox"/>			

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。

持込	回収	採水
----	----	----

センター押印欄	
検査区分責任者	受付者