

水質試験・検査依頼書

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	依頼日: 年 月 日			※依頼者コード
	依頼者名	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) 〒					
水道種別	上水道	簡易水道	専用水道	その他 ()	
採水場所					
水道名称					
原水浄水区分	原水 (表流水 伏流水 湧水 井水) ・ 浄水 ・ その他 ()				
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
					※ 消毒剤に次亜塩素酸ナトリウム以外を用いている場合は、1又は2のいずれかに○印をつけてください。 1. 二酸化塩素 2. その他の薬品
採水者 (所属・氏名)				立会人 (所属・氏名)	
検査項目	水道法	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)			
		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