食品衛生法に基づく水質検査依頼書

20180713

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。

下記のとおり試験・検査を依頼いたします。

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

依頼者	フリガナ 依頼者名 〒 住　所 担当者 （所属・氏名） TEL　　FAX	依頼日：　　年　　月　　日 印	※依頼者コード ※顧客コード
以下は依頼者と異なる場合は必ずご記入ください。			※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	ミネラルウォーター類（　殺菌・除菌有　・　殺菌・除菌無　） 食品製造等に用いる原水　　食品取扱施設等使用水				
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

(殺菌・除菌有)ミネラルウォーター類40項目

(殺菌・除菌無)ミネラルウォーター類15項目

(殺菌・除菌無)細菌2項目試験

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）

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。