

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。

フリガナ	カブシキカイシャマルマルマル		依頼日: ○○年 ○○月 ○○日	※依頼者コード
依頼者名	株式会社環境		印	
住所	〒 ○○○-○○○	群馬県前橋市○○町○-○○		※顧客コード
担当者 (所属・氏名)	○○課 環境 太郎			
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	前橋市○○町○○			
水道名称	○○専用水道			
区分	浄水	水道水	その他()	
採水日時	西暦	20○○年	○○月	○○日
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)	○○課 環境 太郎		立会人 (所属・氏名)	
検査項目	基準項目試験 (51項目 49項目)			
水道法	その他 []			
*ISO/IEC 17025に基づく認定試験項目は、厚生労働省告示261号 別表第6の金属類です。				

依頼日を記入してください。

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。
★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。

該当する事項に○をつけてください

実際に採水した住所、又は施設名等

必ず記入をしてください。

検査を依頼する項目に○をつけてください。

※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