

水質試験・検査依頼書

一般社団法人 群馬県薬剤師会長 様

下記のとおり試験・検査を依頼します。

太枠内の記入をお願いします。

採水当日に当センター(新館)への搬入をお願いします。

依頼者	フリガナ	カブシキガイシャカンキョウ		依頼日:	〇〇年 〇〇月 〇〇日	※依頼者コード
	依頼者名	株式会社環境		印		※顧客コード
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	群馬県前橋市〇〇町〇-〇〇			
	担当者 (所属・氏名)	〇〇課 環境 太郎		※コード		
TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	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	<input checked="" type="radio"/> 専用水道	その他()		
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)	<input checked="" type="radio"/> 浄水	・	その他 ()		
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	<input checked="" type="radio"/> 晴・曇・雨・雪	
気温	〇	℃	水温	〇	℃	遊離残留塩素 ※ 〇.〇 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のいずれかに〇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)	〇〇課 環境 太郎		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 (<input checked="" type="radio"/> 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 []				

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。

該当する事項に〇をつけてください

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〇をつけてください。

※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

受付・検査場所
一般社団法人 群馬県薬剤師会 環境衛生試験センター 新館
〒371-0013 群馬県前橋市西片貝町五丁目23番地の10
TEL 027-223-6355 FAX 027-243-2967