

食品衛生法に基づく水質検査依頼書

一般社団法人 群馬県薬剤師会長 様

太枠内の記入をお願いします。

下記のとおり試験・検査を依頼いたします。

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 依頼者名	依頼日: 年 月 日				※依頼者コード
	〒 住所	印				
	担当者 (所属・氏名)					※顧客コード
	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)	〒					
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			
食品衛生原水水質試験(26項目)			(殺菌・除菌無)細菌2項目試験			
その他			食品衛生原水水質試験(10項目)			
[]			
※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。

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