

水質試験・検査依頼書

(一財)群馬県薬剤師会環境衛生試験センター 代表理事 様

太枠内の記入をお願いします。

下記のとおり試験・検査を依頼します。

採水当日に当センターへの搬入をお願いします。

| | | | | | | |
|-------------------------|---|--|---|-------------|----|---------------|
| 依頼者 | フリガナ | 依頼日: 年 月 日 | | | | ※依頼者コード |
| | 依頼者名 | 印 | | | | ※顧客コード |
| | 住所 〒 | | | | | |
| | 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 | 試料番号 |
| | 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
 (一財)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23番地10
 TEL 027-223-6355 FAX 027-243-2967