

# 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

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						
	住所 〒							
	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)	〒							
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								
区分	浄水 ・ 水道水 ・ 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 )						
	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。								

※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
----	----	----

ISO/IEC 17025該当

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