

公衆浴場法及び旅館業法に基づく水質検査依頼書

(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。

採水当日に当センターへの搬入をお願いします。

下記のとおり試験・検査を依頼いたします。

依頼者	フリガナ 依頼者名	カブシキガイシャカンキョウ		依頼日: ○○年 ○○月 ○○日	※依頼者コード
	住所	〒 ○○○-○○○○ 群馬県前橋市○○町○-○○-○		印	※顧客コード
	担当者 (所属・氏名)	○○課 環境 太郎			※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。					
請求先 (住所・宛名)	〒				
成績書宛名		※依頼者と同じ場合は記入不要			
成績書送付先 (住所・宛名)	〒				
施設の種類	一般公衆浴場(銭湯、老人福祉センター等の浴場) その他の公衆浴場 [保養・休養を目的としたもの スポーツ施設に併設されるもの 福利厚生のための浴場 その他のもの()]				
施設の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 旅館業				
検体種類 注	原水	原湯	上がり用湯	上がり用水	<input checked="" type="checkbox"/> 浴槽水
採水場所	前橋市△△町 ○○館 ○○風呂				
採水日時	西暦 20○○年 ○○月 ○○日 ○○時 ○○分				
天候	前日	晴・曇・雨・雪		当日	<input checked="" type="checkbox"/> 晴・曇・雨・雪
気温	○○℃	水温	○○℃	遊離残留塩素	○.○ mg/L
採水者 (所属・氏名)	○○課 環境 太郎		立会人 (所属・氏名)		
検体種類 注	検査項目		単項目		
原水 原湯 上がり用湯 上がり用水	公衆浴場法に基づく原水等試験(6項目) (1~6の項目)		1 色度 2 濁度 3 pH値 ※ 4 有機物(過マンガン酸カリウム消費量 又は全有機炭素(TOC)) 5 大腸菌 6 レジオネラ属菌(定量)		
浴槽水	公衆浴場法に基づく浴槽水試験(4項目) (1~4の項目)		1 濁度 ※ 2 有機物(過マンガン酸カリウム消費量 又は全有機炭素(TOC)) 3 大腸菌群(デオキシコール酸塩寒天培地法) <input checked="" type="checkbox"/> 4 レジオネラ属菌(定量)		

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。

※ 塩素化イソシアヌル酸又はその塩等を用いて消毒している場合は、過マンガン酸カリウム消費量とする。

- 注
- 原水 ... 原湯の原料に用いる水及び浴槽の水の温度を調節する目的で、浴槽の水を再利用せずに浴槽に直接注入される水
 - 原湯 ... 浴槽の湯を再利用せずに浴槽に直接注入される温水
 - 上がり用湯 ... 洗い場及びシャワーに備え付けられた湯栓から供給される温水
 - 上がり用水 ... 洗い場及びシャワーに備え付けられた水栓から供給される水
 - 浴槽水 ... 浴槽内の湯水

※試験センター記入欄	日付印	試料番号
------------	-----	------

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