計 量 証 明 依 頼 書

調定番号
顧客番号

一般社団法人 群馬県薬剤師会長　様

試料名	1. 排水	2. 河川水	3. 土壌	4. 下水(浄化槽等の流入水、放流水)
	5. 産業廃棄物	6. 湖沼水	7. その他(　　)	
検定方法	1. 下水検定方法	2. 排水基準	3. 環境基準	4. その他(　　)
試験項目				

注）※の欄は必ず記入してください。（計量法により計量証明書への記載が義務づけられています。）

採取日時	西暦　　年　　月　　日		午前・午後　　時　　分		
※	気　温	℃	水　温	℃	
採取場所 ※					
採取者 ※	事業所の所在地：				
	事業所の名称：				
	所属：		氏名：		
立会人	事業所の名称：				
	所属：		氏名：		

特記事項	

上記のとおり計量証明を依頼いたします。　　年　　月　　日

〒

住所

氏名　　印

TEL

FAX

検体番号＿＿＿＿＿＿＿＿

環境衛生試験センター記入欄:

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