

# 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。  
採水当日に当センター(新館)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	カブシキガイシャカンキョウ		依頼日:	〇〇年 〇〇月 〇〇日	※依頼者コード
	依頼者名	株式会社環境				
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 群馬県前橋市〇〇町〇-〇〇-〇〇				※顧客コード
	担当者 (所属・氏名)	〇〇課 環境 太郎				
	TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		※コード
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					
	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	群馬県前橋市〇〇町〇〇〇					
採水日時	西暦 20 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇 時 〇〇 分					
天候	前日	晴 ・ 曇 ・ 雨 ・ 雪		当日	晴 ・ 曇 ・ 雨 ・ 雪	
気温	〇	℃	水温	〇	℃	遊離残留塩素 〇.〇 mg/L
採水者 (所属・氏名)	〇〇課 環境 太郎		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)			

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。

※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