

# 水質試験・検査依頼書

一般社団法人 群馬県薬剤師会長 様

下記のとおり試験・検査を依頼いたします。

太枠内の記入をお願いします。

採水当日に当センター(新館)への搬入をお願いします。

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			
	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		
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)	〒				※顧客コード
	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)	〒				※コード
水道種別	小規模水道(専用自家水道・小水道・専用小水道) 簡易専用水道 <input checked="" type="checkbox"/> 建築物衛生法該当施設 [水源の種類 (水道水・一部又は全部が地下水等)] 一般飲用井戸 業務用飲用井戸 小規模受水槽施設 その他( )					
採水場所	前橋市〇〇町〇〇 〇〇〇ビル 〇階 〇〇室					
水道名称						
原水浄水区分	原水 (表流水 伏流水 湧水 井水) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 浄水 ・ その他 ( )					
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	<input checked="" type="checkbox"/> 晴 ・ 曇 ・ 雨 ・ 雪	
気温	〇	℃	水温	〇	℃	※ 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のいずれかに〇印をつけてください。 1. 二酸化塩素 2. その他の薬品
遊離残留塩素	※		〇	.	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	水道法	基準項目試験 ( 51項目 39項目 ) 省略不可能項目試験(9項目) 細菌2項目試験 その他 [ ]				
	建築物衛生法	<input checked="" type="checkbox"/> 16項目試験 11項目試験 消毒剤、消毒副生成物12項目試験 雑用水(5項目) その他 ( )				
	飲用井戸等	40項目試験 10項目試験 飲用井戸等定期13項目検査 その他 ( )				
	その他					

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。

該当する事項に〇をつけてください

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〇をつけてください。

※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

(その他)