

水質試験・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。

下記のとおり試験・検査を依頼します。

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	依頼日: 年 月 日		※依頼者コード
	依頼者名	印		
	住所 〒			※顧客コード
	担当者 (所属・氏名)			
	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				
原水浄水区分	原水 (表流水 伏流水 湧水 井水) ・ 浄水 ・ 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 原水39項目 原水37項目)		
		省略不可能項目試験 (9項目 消毒12項目)		
		クリプトスポリジウム(定量) クリプトスポリジウム指標菌(大腸菌(定性)、嫌気性芽胞菌(定量))		
		その他 []		

※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
----	----	----

センター押印欄	
検査区分責任者	受付者

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