

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 | | | ※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 | ※依頼者と同じ場合は記入不要 | | | | | |
| | 成績書送付先 (住所・宛名) | 〒 | | | | | |
| 水道種別 | 上水道 | 簡易水道 | <input checked="" type="radio"/> 専用水道 | その他() | | | |
| 採水場所 | 前橋市〇〇町〇〇 | | | | | | |
| 水道名称 | 〇〇専用水道 | | | | | | |
| 原水浄水区分 | 原水 (表流水 伏流水 湧水 井水) | <input checked="" type="radio"/> 浄水 | <input type="radio"/> 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="radio"/> 晴・曇・雨・雪 | | |
| 気温 | 〇 | ℃ | 水温 | 〇 | ℃ | 遊離残留塩素 ※ | 〇 . 〇 〇 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のいずれかに〇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) | 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 49項目 原水39項目 原水37項目) | | | | | |
| | | 省略不可能項目試験 (<input checked="" type="radio"/> 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 [] | | | | | |

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 | ※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