

# 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	依頼日: 年 月 日		※依頼者コード	
	依頼者名	印		※顧客コード	
	住所 〒				
	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					
区分	浄水・水道水・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	基準項目試験 ( 51項目 49項目 )				
	水道法	その他 [ ]			
*ISO/IEC 17025に基づく認定試験項目は、厚生労働省告示261号 別表第6の金属類です。					

※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
----	----	----

ISO/IEC 17025該当

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