

検査依頼書(小簡易専用水道)

受付区分:SK

一般財団法人 茨城県薬剤師会検査センター

〒310-0852 茨城県水戸市笠原町978-47

TEL:029-306-9086 FAX:029-306-9076

依頼書番号

小簡易専用水道

ラベル

採取・回収	番号記入	依頼入力	成績発送	請求作成	請求発送	確認
-------	------	------	------	------	------	----

**ご依頼者 太枠内へのご記入をお願いいたします。**

ふりがな	(コード: )				
会社名(氏名)					
住所					
郵便番号	TEL		FAX		
ご担当者				携帯	

左記ご依頼者名と異なる内容で成績書又は請求書が必要な場合は、下記欄にご記入ください。

受付日	年	月	日
同時発送			
受付保健所			

検体種類	小簡易専用水道
------	---------

施設名	施設名: 住所: 〒 TEL: FAX:
採取場所	

検査手数料合計	税抜	円	税込	円	支払	<input type="checkbox"/> 現金	<input type="checkbox"/> 後納
---------	----	---	----	---	----	-----------------------------	-----------------------------

コード	成績書郵送先	〒 - 住所:	TEL:	FAX:
	<input type="checkbox"/> 依頼者に同じ	氏名(会社名)	担当者:	
コード	成績書宛名			
	<input type="checkbox"/> 依頼者に同じ			
	<input type="checkbox"/> 施設名に同じ			
コード	請求書宛名	〒 - 住所:	TEL:	FAX:
	<input type="checkbox"/> 依頼者に同じ	氏名(会社名)		
コード	請求書郵送先	〒 - 住所:	TEL:	FAX:
	<input type="checkbox"/> 依頼者に同じ	氏名(会社名)	担当者:	
	<input type="checkbox"/> 請求先に同じ			

備考	付記事項						
	採水時情報	採取者			採取日	年 月 日	
		気温	°C	水温	°C	残留塩素	mg/L
		施設の設置者	施設の主たる用途				

検査項目	料金(税込み)	採水容器
※検査依頼項目に「○」を付けてください 小簡易専用水道10項目	6,600 円	1Lポリリン、赤蓋ガラスビン、滅菌ポリリン 3本
その他( )	円	

※ ご依頼の際には、検査手数料を添えてお申し込み下さい(つり銭のないようご用意下さい)。

※ 検査成績書は結果が出次第、順次発送いたします。

※ 当検査センターは検査結果に限り責任を負うものであり、検査結果によって生じるトラブルまたは損害等に関して一切の責任を負いかねます。

※ 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、検査結果について、無断で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。

サイン

小簡易専用水道10項目

一般細菌

大腸菌

鉄及びその化合物

塩化物イオン

有機物(全有機炭素(TOC)の量)

pH値

味

臭気

色度

濁度