

水質試験(検査)依頼書

依頼日 令和 年 月 日

公益社団法人大分県薬剤師会 検査センター 殿

下記のとおり試験(検査)を依頼します。

依頼者	住所	〒			—		
	ふりがな 氏名	印					
	電話	() —					
手数料 支払者	依頼者と異なる場合のみご記入ください 住所 〒 — 氏名 TEL () —						
	依頼者と異なる場合のみご記入ください 住所 〒 — 氏名 TEL () —						1. 郵送 2. 窓口

水の種類	1. 浄水 2. 原水 3. その他 () ※日頃飲んでいる水は浄水に、飲んでいない水は原水に○をしてください					
施設の名称						
水源の名称	河川 ・ 深井戸 ・ 浅井戸 ・ 湧水 ・ 伏流水 ・ その他 ()				市町村名	
採水地点						
採水者	ふりがな 氏名 所属 TEL () —					
採水日時	令和 年 月 日			時刻	時 分	
気象状況	天 候	(前日)	(当日)	気 温	℃	水 温 ℃
依頼者検査	残留塩素 (遊離・結合) mg/L					
検査目的	1. 水道法 2. 学校保健法 3. 建築物衛生法 4. 水槽清掃後の検査 5. 食品衛生法					
検査項目 ※必ず該当する 番号に○をお 願います	(水道法・学校保健法・食品衛生法) 1. 毎月項目 (11 項目) 4. 原水毎月項目 (10 項目) 2. 年 4 回項目 (23 項目) 5. 原水全項目 (39 項目) 3. 浄水全項目 (51 項目) 6. 営業許可等 (11 項目)					
	(建築物衛生法・水槽清掃後の検査) 1. 定期項目 (11 項目) 2. 定期項目 (金属類を含む 16 項目) 3. 定期項目 (金属類を含む 16 項目 + 消毒副生成物 12 項目)					
	単一項目 又は 追加項目					
(備考)						