依頼-014_1.00

レジオネラ属菌検査依頼書

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　TEL(　　)　－	
手　数　料 支　払　者	依頼者と異なる場合のみご記入ください 氏名　　TEL(　　)　－	
結　果　書 送　付　先	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

営　業　者	依頼者と異なる場合のみご記入ください 住所 〒　　－ 氏名　　TEL(　　)　－					
施設の名称						
検体の区分	1．浴槽水　2．原湯　3．原水　4．冷却塔　5．その他（　　）					
採取場所		市町村名				
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	℃
水　　源	1．温泉　2．地下水　3．水道水　4．その他（　　）					
給湯設備	1．掛け流し　2．循環式					
消毒設備	1．なし　2．有（ 1. 塩素消毒　2. その他（　　））					
	残留塩素	遊離・結合　ｍｇ／Ｌ				
換水日数	1．毎日換水　2．（　　）日おきに換水					
検査目的	1．許可申請　2．定期検査　3．その他					
検査項目	1．レジオネラ属菌のみ 2．浴槽水（4項目） （濁度、過マンガン酸カリウム消費量、大腸菌、レジオネラ属菌） 3．原水（上り用水を含む）（6項目） （色度、濁度、水素イオン濃度、過マンガン酸カリウム消費量、大腸菌、レジオネラ属菌）					
	単一項目					
（備考）						

必ず記入してください。 ※大分市内の施設及び県外の施設は除きます。	当所では、大分県内（大分市内を除く。）の施設の検査実施状況を定期的に保健所に報告するよう県から依頼を受けています。 今回の検査でレジオネラ属菌が不検出の場合、貴施設の検査実施状況を当所から保健所へ報告することについて同意していただけますか？ ※この報告の有無に関わらず、営業者様には、県の「公衆浴場法施行条例」及び「旅館業法施行条例」により検査成績書の写し等を保健所に提出する義務が課せられていますので、適切な対応をお願いいたします。	1．同意する 2．同意しない