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(　　)　　－		
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

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** **※飲食業の営業許可のための検査は浄水に○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○をお願いします**	(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(40 項目) 3．浄水全項目(52 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)						