

(別紙1) 太枠内をご記入下さい。



099-255-2850

(公社)鹿児島県薬剤師会 試験センター

採水容器及び検査キット貸出依頼届



- 採取予定日の7営業日以上前(土日祝を含まない)に必要事項をご記入の上依頼届をFAX等で送信してください
(船便をご利用の方はお早めにご連絡いただきますと幸いです。)
- 貸出依頼内容を確認後FAXにてお届け可能日をお知らせします。
- 宅配便で受取の場合は、採取予定日の3日前を目安にお届けします。
- 悪天候などお荷物の集配および宅配業者の営業状況によってはご希望に添えない場合もございます。

お名前：		依頼日	年	月	日
ご連絡先：TEL		/FAX	送信枚数	枚	
お届け先	<input type="checkbox"/> 宅配便での受け取りを希望		<input type="checkbox"/> 薬剤師会での受け取りを希望		
	<input type="checkbox"/> お勤め先	<input type="checkbox"/> ご自宅	<input type="checkbox"/> 学校	<input type="checkbox"/> 試験センターで受取(受取希望日 月 日)	
	ご住所：〒 (施設名)		<input type="checkbox"/> 県薬事務局で受取 (受取希望日 月 日)		
TEL		-	-		

水質検査容器等	採取予定学校名	採取予定日	飲料水検査※	プール水検査※		レジオネラ検査※
			<input type="checkbox"/> 9項目 <input type="checkbox"/> 10項目	5項目	5項目+ 総トリハロメタン	
		月 日	件	件	件	件
		月 日	件	件	件	件
		月 日	件	件	件	件
	合計		件	件	件	件

ヤマト運輸着払伝票(検査依頼用) 不要 必要(枚)

空気環境・食品検査キット等	採取予定学校名	採取予定日	空気環境検査※	ダニ検査※	ふき取り検査
			物質数は高校と こども園のみ記入		<input type="checkbox"/> 一般細菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌群
		月 日	()物質 件	件	件
		月 日	()物質 件	件	件
		月 日	()物質 件	件	件
	合計		件	件	件

ヤマト運輸着払伝票(検査依頼用) 不要 必要(枚)

貸出依頼届
を確認しました

/ 頃に
お届け・ご用意
いたします。

担当 []

月 日返信

・4校以上の場合はお手数ですがコピーし、2枚目以降にご記入ください。

・※印については裏面の検査項目内容をご参照ください。

(特記欄)依頼届で伝達できない事項などあればご記入ください。

**宅配便での検査
依頼は冷蔵便で
お送りください**

試験センター記入欄

	飲料水	プール水	レジオネラ	空気	ダニアレルゲン	食品
依頼書	枚	枚	枚	枚	枚	枚
採水/採取要領	枚	枚	枚	枚	枚	枚
受付日程表	枚	枚	枚	枚	枚	枚
発送完了確認	月 日	発送	発送確認	依・パル確認	依・パル作成	FAX返信
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
					内容確認	FAX受信確認
					月 日	月 日

〔検査項目内容〕

飲料水検査

10項目	9項目	一般細菌
		大腸菌
		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
		硝酸態窒素及び亜硝酸態窒素

プール水検査

5項目	pH値
	濁度
	有機物等（過マンガン酸カリウム消費量）
	大腸菌
	一般細菌
	総トリハロメタン
	濁度（循環ろ過装置の処理水）

レジオネラ属菌検査

レジオネラ属菌	学校関係：冷水器等の水質検査を行っています。
	認定こども園：沐浴・シャワー水等の水質検査を行っています。

教室等の空気環境検査（物質数は高校とこども園のみ記入してください）

1物質	ホルムアルデヒド
2物質	ホルムアルデヒド・トルエン
3物質	ホルムアルデヒド・トルエン・キシレン
4物質	ホルムアルデヒド・トルエン・キシレン・パラジクロロベンゼン
6物質	ホルムアルデヒド・トルエン・キシレン・パラジクロロベンゼン
	エチルベンゼン・スチレン

ダニアレルゲン検査

ダニアレルゲン
