

公益社団法人 鹿児島県薬剤師会長 様

受付印

検査依頼書

下記のとおり レジオネラ検査 を依頼します。

【太枠内をご記入下さい】

*結果書の発行後は、記載内容の変更はできませんのでご了承下さい。

依頼者 結果書に記載する 名称をご記入下さい。	住所(所在地)	〒	TEL
	ふりがな		FAX
	氏名(事業所名)		ご担当者様 TEL

上記依頼者と異なる場合のみご記入下さい。

請求書宛名 <input type="checkbox"/> 依頼者と同じ	住所(所在地)	〒	TEL
	氏名(事業所名)		FAX
結果書送付先 <input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 請求先と同じ	住所(所在地)	〒	TEL
	氏名(事業所名)		FAX

検査項目	<input type="checkbox"/> レジオネラ <input type="checkbox"/> レジオネラ+浴槽3項目(濁度・過マンガン酸カリウム消費量・大腸菌群) <input type="checkbox"/> レジオネラ+浴槽5項目(色度・濁度・過マンガン酸カリウム消費量・pH・大腸菌群) <input type="checkbox"/> その他()
------	---

受付番号 (記入不要)	検体番号 (記入不要)	施設名	採水を行った場所	試料の種類 (下記から番号を お選び下さい)	塩素剤の 投入・濃度	塩素中和剤 の投入
					有 ___mg/l・無	有・無
					有 ___mg/l・無	有・無
					有 ___mg/l・無	有・無
					有 ___mg/l・無	有・無
					有 ___mg/l・無	有・無
採取日	/	採取者名		採取者所属		

試料の種類	① 浴槽水(浴槽の中に溜めた状態のお湯や水) ② 原湯(浴槽にそそぐ蛇口・カラン等のお湯) ③ 原水(浴槽にそそぐ蛇口・カラン等のお水) ④ 上がり用湯(かかり湯やシャワー等のお湯) ⑤ 上がり用水(かかり湯やシャワー等の水) ⑥ 冷却水(クーリングタワー等の水) ⑦ その他() 具体的にご記入下さい。
-------	--

受付方法	①窓口 ②回収 ③採取 ④宅配	会社名()AM・PM 常温・冷蔵 ¥	結果書取扱	窓口受取・郵送
備考		検査手数料	円	済・未

発送	検収	発行	入力チェック	入力	受付