

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 **プール水検査** 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 (結果書記載宛名)	住所	〒	TEL
	氏名		FAX
請求書宛名			
結果書送付先	住所	〒	
	氏名		
学校薬剤師名 (結果書複写送付先)	住所	〒	TEL
	氏名		FAX

検査目的	検査セット名(項目)
学校	<input type="checkbox"/> プール水項目+総トリハロメタン <input type="checkbox"/> プール水項目 <input type="checkbox"/> 総トリハロメタン <input type="checkbox"/> 単一項目(<input type="checkbox"/> 一般細菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> 水素イオン濃度 <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> 有機物等) <input type="checkbox"/> その他()

受付番号 (記入不要)	検体番号 (記入不要)	採取日	/	天候 前日		天候 当日	
		学校名	採水を行った場所			試料の種類 (下記種類から番号 をお選び下さい)	残留塩素 現地測定
							mg/L
							mg/L
							mg/L
							mg/L
		採取者名		採取者所属			

試料の種類	①水道水 ②井戸水 ③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