

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 **計量証明検査** 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  <small>結果書に記載する 名称をご記入下さい。</small>	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

受付番号 (記入不要)	検体番号 (記入不要)	採水地点(名称)						試料の種類 (下記種類から 番号をお選び下さい)
採取日	/	採取時刻	:	気温	℃	水温	℃	天候 (当日)
採取者名	採取者所属							
検査項目	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>							
検査後検体 取扱	検査後の容器の取り扱い → 廃棄・返却 検査後の検体(検水)の取り扱い → 廃棄いたします。							

試料の種類	① 排水                      ⑤ 湖沼水 ② 工業用水                ⑥ 地下水 ③ 河川水                   ⑦ 農業用水 ④ 海水                      ⑧ その他(雨水等 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