

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 水質検査 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 印	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)
<input type="checkbox"/> 学校保健安全法	<input type="checkbox"/> 9項目 <input type="checkbox"/> 10項目 <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	残留塩素 現地測定値
		学校名	採水場所もしくは住所	試料の種類 (下記種類から番号 をお選び下さい)	水質区分 (下記区分から番号 をお選び下さい)	
						mg/L
						mg/L
						mg/L
						mg/L
						mg/L
		採取者名		採取者所属		

試料の種類	①組合営簡易水道 ②一般水道(市町村の管理する水・簡易専用水道) ③一般井戸水 ④その他() 具体的にご記入下さい。(船舶の水・ボーリング水・湧水 等)
水質区分	①消毒剤の入っていない水 ②消毒剤の入っている水

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