

検査依頼書(学校プール)

一般財団法人 茨城県薬剤師会検査センター

〒310-0852 茨城県水戸市笠原町978-47

TEL:029-306-9086 FAX:029-306-9076

受付区分:GP

依頼書番号

学校プール
ラベル

採取・回収	番号記入	依頼入力	成績発送	請求作成	請求発送	確認
-------	------	------	------	------	------	----

ご依頼者 太枠内へのご記入をお願いいたします。

ふりがな	(コード:)				
会社名(氏名)					
住所					
郵便番号	TEL		FAX		
ご担当者				携帯	

左記ご依頼者名と異なる内容で成績書又は請求書が必要な場合は、下記欄にご記入ください。

受付日	年	月	日
同時発送			
受付保健所			

納期	速報	TEL・FAX・メール・不要	発送期日	弊社記入欄
----	----	----------------	------	-------

検体種類	学校プール水
------	--------

施設名	施設名: 住所: TEL: FAX:
採取場所	

検査手数料合計	税抜	円	税込	円	支払	現金	後納
---------	----	---	----	---	----	----	----

コード	学校薬剤師	〒	住所:	TEL:	FAX:
			氏名:		
コード	成績書郵送先	〒	住所:	TEL:	FAX:
	(<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ)		氏名(会社名)	担当者:	
コード	成績書宛名				
	(<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ) (<input type="checkbox"/> 施設名と同じ)				
コード	請求書宛名	〒	住所:	TEL:	FAX:
	(<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ)		氏名(会社名)		
コード	請求書郵送先	〒	住所:	TEL:	FAX:
	(<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ) (<input type="checkbox"/> 請求先と同じ)		氏名(会社名)	担当者:	

備考	付記事項						
	採水時情報	採取者				採取日	年月日
		水の種類	採水時遊泳人数	人	気温・室温	℃	天気
	採水ポイント	遊離残留塩素	水温	採水時間	※遊離残留塩素については、必ずご記入下さい。なお、水質基準は0.4mg/l以上となっておりますので、基準値以上検出されている事をご確認の上、採水をお願い致します。		
	No.1	mg/L	℃	時 分			
No.2	mg/L	℃	時 分				
No.3	mg/L	℃	時 分				

検査項目 ※検査依頼項目に「○」を付けてください	料金(税込み)	採水容器
プール水5項目(3ポイント)	16,500 円	1Lポリビン×3、滅菌ポリビン×3、循環ろ過装置出口用濁度ビン 7本
プール水5項目(3ポイント)+トリハロメタン(1ポイント)	35,200 円	1Lポリビン×3、滅菌ポリビン×3、トリハロメタン用黒蓋ビン、循環ろ過装置出口用濁度ビン 8本
プール水5項目(1ポイント)	6,600 円	1Lポリビン、滅菌ポリビン、循環ろ過装置出口用濁度ビン 3本
プール水5項目(1ポイント)+トリハロメタン(1ポイント)	25,300 円	1Lポリビン、滅菌ポリビン、トリハロメタン用黒蓋ビン、循環ろ過装置出口用濁度ビン 4本
その他()	円	本

※ ご依頼の際には、検査手数料を添えてお申し込み下さい(つり銭のないようご用意下さい)。

※ 検査成績書は結果が次第、順次発送いたします。

※ 当検査センターは検査結果に限り責任を負うものであり、検査結果によって生じるトラブルまたは損害等に関して一切の責任を負いかねます。

※ 依頼書に記載された内容は検査の目的以外には使用しません。また、検査結果について、無断で他に提供することはありません。なお、検査結果をもとに、個々を特定できないデータとして、集計に使用させていただくことがあります。

サイン

プール水5項目(ろ過機濁度有/無)
pH値
大腸菌
一般細菌
過マンガン酸カリウム消費量
濁度
(循環ろ過装置の処理水(ろ過装置出口の濁度))

プール水5項目+トリハロメタン(ろ過機濁度有/無)
pH値
大腸菌
一般細菌
過マンガン酸カリウム消費量
濁度
トリハロメタン
(循環ろ過装置の処理水(ろ過装置出口の濁度))