

検査依頼書(浴槽水)

受付区分:YO

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

依頼書番号

浴槽水
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 ※該当に○を付けてください
 浴槽水・原水(井戸水・温泉水・その他)・上り用湯・原湯・上り用水・その他()

施設名 施設名:
 住所: TEL: FAX:

検査手数料合計 税抜 円 税込 円 支払 口現金 口後納

コード	成績書郵送先	〒 - 住所:	TEL:	FAX:
	(□依頼者と同じ)	氏名(会社名):	担当者:	
コード	成績書宛名			
	(□依頼者と同じ) (□施設名に同じ)			
コード	請求書宛名	〒 - 住所:	TEL:	FAX:
	(□依頼者と同じ)	氏名(会社名):		
コード	請求書郵送先	〒 - 住所:	TEL:	FAX:
	(□依頼者と同じ) (□施設名に同じ)	氏名(会社名):	担当者:	

付記事項

採水場所	採水日時	水温	残留塩素	循環式ろ過機使用/未使用 ※該当に○を付けてください	換水の頻度
/	:	°C	mg/L	使用・未使用	回/週、最終換水日 月 日
/	:	°C	mg/L	使用・未使用	回/週、最終換水日 月 日
/	:	°C	mg/L	使用・未使用	回/週、最終換水日 月 日
/	:	°C	mg/L	使用・未使用	回/週、最終換水日 月 日
/	:	°C	mg/L	使用・未使用	回/週、最終換水日 月 日
採取者					

検査項目 ※検査依頼項目に「○」を付けてください	検査料	検査項目	採水容器
レジオネラ属菌	8,800 円	1L滅菌ビン	1本
浴槽水3項目	4,400 円	1Lホリビン、200ml細菌ホリビン	2本
レジオネラ属菌+上記浴槽水3項目	11,000 円	1Lホリビン、200ml細菌ホリビン、1L滅菌ビン	3本
原水等5項目	6,600 円	1Lホリビン、200ml細菌ホリビン	2本
レジオネラ属菌+上記原水等5項目	13,200 円	1Lホリビン、200ml細菌ホリビン、1L滅菌ビン	3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

浴槽水3項目

大腸菌
過マンガン酸カリウム消費量
濁度

浴槽水(原水等)5項目

大腸菌
過マンガン酸カリウム消費量
濁度
pH値
色度