

水質検査依頼書

年 月 日

一般社団法人

《依頼者》 住所 〒(-)

長野県薬剤師会 会長 様

次の内容の検査を依頼します。

受付番号 :

氏名 :

TEL :

試料情報	供給形態	上水道 ・ 簡易水道 ・ 専用水道 飲料水供給施設 ・ 簡易給水施設 ・ 水道組合				
	試料種別	原水（井水・湧水・表流水・その他[]） 浄水			容器番号	
採水時情報	採水場所				採水日・時刻 年 月 日 時 分	
	採水者	氏名 : 所属 :				
	天候	気温	水温	残留塩素濃度	電気伝導率	時刻も ご記入 下さい
当日 : 前日 :	°C	°C	mg/L	mS/m ※測定実施時のみ記入		
検査項目	・ 原水全項目（カビ臭：有・無） ・ 健康項目（選択は項目名を記入） ・ 浄水全項目（カビ臭：有・無） ・ 省略項目 ・ 消毒副生成物 ・ 亜硝酸態窒素 ・ シアン ・ カビ臭項目					
備考欄						
検査料	未請求・請求済・領収済	請求額			受付担当者	入力確認
結果書発行日 :						
請求書発行番号 :						
※お問合せ先：長野県薬剤師会検査センター 〒390-0802 長野県松本市旭2-11-20 TEL：0263-32-0276、FAX：0263-36-0665						