

## ＜記入例＞

ご依頼者のお名前又は社名、電話番号を記入してください。

検査内容に係る担当者、または責任者の所属・氏名等を記入してください。原則として、所属ごとの担当者は一人としてください。

郵送または来社欄にチェックしてください。来社の場合は成績書ができた時点で電話連絡します。

試料・容器の返却をご希望の方は口欄にチェックしてください。

試料名、採取月日・時刻、天候、採水者名、検査項目を記入してください。

# 試験検査依頼書

※太枠内をご記入ください

見積書No.	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 No.
--------	--

試料No.	W
受付No.	
受付日	年 月 日

<b>依頼者</b>	住所	〒 500-8148 岐阜市曙町4-6				
	フリガナ	イッパンザイダンホウジンギフケンコウシュウエイセイケンセンター				
	名称・屋号	一般財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 様				
<b>依頼者と異なる場合</b>	連絡担当者	所属	医薬食品課		氏名	公衛検 太郎 様
		TEL	058-247-1302		FAX	058-248-0229
<b>成績書</b>	宛名	名称	一般財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 飛騨支所 様			
		住所	〒 500-0053 高山市昭和町2-100-10			
	送付先	名称	一般財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 飛騨支所 様			
		住所	〒			
<b>請求書</b>	宛名	名称				
		住所	〒			

成績書の宛名・送付先が依頼者と異なる場合は記入してください。

請求書の宛名・送付先が依頼者と異なる場合は記入してください。

成績書受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> 来社 ( <input checked="" type="checkbox"/> 電話連絡後 <input type="checkbox"/> 結果連絡後 ) <input type="checkbox"/> その他				
結果連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ( 月 日 ) <input type="checkbox"/> 結果出次第				
	連絡先: <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail:				
支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 現金 ( <input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 成績書受取時に支払 ) <input type="checkbox"/> 銀行振込				
返却品	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 試料返却 <input type="checkbox"/> 容器返却		返却方法	<input type="checkbox"/> 成績書と同送 ※封筒に入らない場合は宅配着払	
				<input type="checkbox"/> 宅配着払 <input type="checkbox"/> 来社 <input type="checkbox"/> その他	

成績書受取前に連絡が必要な場合は、必要にチェックして連絡方法を選んでください。検査項目や依頼状況によっては、ご希望に添えないこともありませんが、お急ぎの場合など、目安とさせていただきます。

<input checked="" type="checkbox"/> 工場排水	<input type="checkbox"/> 浄化槽放流水	<input type="checkbox"/> ゴル工場農業	<input type="checkbox"/> し尿処理施設	<input type="checkbox"/> 下水道	<input type="checkbox"/> その他( )
試料名	採取日	採取時刻	天候	採取者名	
〇〇工場 排水	2 / 1	10 : 00	晴	公衛検 太郎	
/		:			

<b>検査項目</b>	<input checked="" type="checkbox"/> BOD	<input checked="" type="checkbox"/> 大腸菌群数	<input type="checkbox"/> その他	<b>試験方法</b>	<input type="checkbox"/> 公定法
	<input checked="" type="checkbox"/> COD	<input type="checkbox"/> n-ヘキサン			<input type="checkbox"/> 公定法以外
	<input checked="" type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> 全窒素			
	<input checked="" type="checkbox"/> pH	<input type="checkbox"/> 全リン			

<b>搬入容器</b>	<input type="checkbox"/> ホリエフレンビン( L× 本)	<input type="checkbox"/> 滅菌ホリエフレンビン( mL× 本)
	<input type="checkbox"/> 培養ビン(□DO、□硫化物)	<input type="checkbox"/> ガラスビン(□PCB・□農薬( L× 本))
	<input type="checkbox"/> 共栓ガラスビン( mL× 本、□n-ヘキサン用・□VOC用)	
	<input type="checkbox"/> その他	

搬入方法	<input type="checkbox"/> 持ち込み <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> クール宅配 <input type="checkbox"/> センター採取・収集 ( / )
------	---

検査料金	本体価格	円	総額 (税込)	円
------	------	---	---------	---

<b>備考</b>		<b>依頼内容承認サイン</b>
-----------	--	------------------

受入確認者	入力者	受注金額確認者	入力内容確認者	計量管理者 技術管理責任者	結果連絡者	来社連絡者
-	-	-	-	-	-	-

当財団の個人情報保護方針に基づき、検査・調査の事業及び運営管理に必要な範囲内で最小限の個人情報を取扱い、目的外の個人情報の利用はいたしません。

(一財)岐阜県公衆衛生検査センター TEL : 058-247-1300 FAX : 058-248-0229

**注意事項**

1. 赤字がご記入していただく部分です。ご希望がない場合は“空欄”として下さい
2. 持ち込まれた試料容器又は分析用試料の返却を希望される場合は受付時に申し出て下さい。なお、返却品を郵送する場合は着払いとさせていただきます。
3. 分析用試料の取扱いについて、特に注意する点がある場合は受付時に申し出て下さい。