

<記入例>

試験検査依頼書

※太枠内を
ご記入ください

試料No. V
受付No.
受付日 年 月 日

見積書No. 無 有 No.

ご依頼者のお名前又は社名、屋号、住所等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□欄にチェックしてください。

検査項目について、□欄にチェックしてください。

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
連絡担当者 所属 医薬食品課 氏名 公衛検 太郎
TEL 058-247-1302 FAX 058-248-0229

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。

依頼者
成績書 宛名 名称 様
住所 〒 様
送付先 名称 様
請求書 宛名 名称 様
住所 〒 様
送付先 名称 様

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

成績書受取前に速報が必要な場合は、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すが、お急ぎの場合など、目安とさせていただきます。

試料 採取地点 名称 公衛検 男湯
住所 岐阜県岐阜市曙町4-6 採取年月日 (時:分) 2024年 2月 1日 (10:45)
採取者 氏名 公衛検 桃子 所属 (一財)岐阜県公衆衛生検査センター

試料欄を記入してください。採水者の所属は記入されなくてもかまいません。現地検査欄は測定した場合、記入してください。

種別 検査項目 別紙添付あり 現地検査(測定した場合は記入)
プール水 5項目 { 一般細菌 AA0102 濁度 AA5001 大腸菌 AA0201 pH値 AA4601
VZ0110 有機物等(過マンガン酸カリウム消費量) AB2002
 遊離残留塩素 AB1602
 総トリハロメタン AA2602
浴槽原水 6項目 { 大腸菌 AA0201 レジオネラ属菌 AG0031
VB0103 色度 AA4901 濁度 AA5001
 pH値 AA4601
 有機物(全有機炭素(TOC)の量) AA4501
浴槽水 4項目 { 大腸菌群 AG0021 レジオネラ属菌 AG0031
VB0104 濁度 AA5003
 有機物(全有機炭素(TOC)の量) AA4504
その他 適否判定 必要 不要
遊離残留塩素 0.4 mg/L

容器 ポリ 600mL ガラス 250mL 滅菌ポリ 100mL 200mL 500mL その他
搬入方法 持ち込み 郵送 宅配 クール宅配 センター採取・収集 (/)

検査料金 本体価格 円 総額(税込) 円

備考 依頼内容承認サイン
受入確認者 入力者 受注金額確認者 入力内容確認者 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ください。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ください。