

＜記入例＞

試験検査依頼書

※太枠内についてご記入下さい。

試料番号	G		
受注CD			
受付年月日	年	月	日
完了年月日	年	月	日

見積書No.	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	No. 12345678-0
住所	〒 500-8148 岐阜市曙町 4-6	
フリガナ	イッパンザイダシ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	
連絡担当者	所属	〇〇課 氏名 公衛検 一郎 様
	TEL	058-247-1302 FAX 058-248-0229 E-mail お持ちであればご記入ください

ご依頼に係る連絡担当者は、一人としてください。

※成績書宛名・請求書宛名・各送付先が、上記と異なる場合はご記入下さい。

宛名・送付先	成績書宛名	住所	〒 506-0053 高山市昭和町 2-1 0 0-1 0
	請求書宛名	住所	〒 一般財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 飛騨支所 様
	成績書送付先	住所	〒 様
	請求書送付先	住所	〒 様

宛名・送付先が依頼者と同じ場合は空欄でかまいません。

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。お急ぎの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	完了電話連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	連絡者	年 月 日
支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 (<input type="checkbox"/> 受付時お支払済 <input type="checkbox"/> 未納)	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行振込	<input type="checkbox"/> その他		
希望納期	年 月 日				
結果連絡	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (<input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail)				
返却品の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り	返却方法	<input type="checkbox"/> ※結果書と同送 <input checked="" type="checkbox"/> 来社 <input type="checkbox"/> その他		
	<input checked="" type="checkbox"/> 試料 <input type="checkbox"/> 容器	※返却品の大きさ等により、封筒に入らない場合には、宅配の着払いで返送となりますので、あらかじめご了承下さい。			

依頼者と連絡先が異なる場合は連絡先を記入してください。

試料	名称	〇〇水栓		銅合金	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	型式	△△-□□		ゴム又は合成樹脂(パッキン除く)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	内容積	70 mL	試料数	4 個	
試験方法	<input checked="" type="checkbox"/> JIS S 3200-7・給水装置の構造及び材質の基準に係る試験				
	<input type="checkbox"/> JWWA Z 108・資機材の材質に関する試験 <input type="checkbox"/> その他 ()				
試験条件	洗浄・浸出	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	浸出温度	<input checked="" type="checkbox"/> 水 (23℃) <input type="checkbox"/> 湯 (°C <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 維持なし)	
	コンディショニング	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
検査項目	<input type="checkbox"/> カドミウム <input type="checkbox"/> 水銀 <input type="checkbox"/> セレン <input type="checkbox"/> 鉛 <input type="checkbox"/> ヒ素 <input type="checkbox"/> 六価クロム <input type="checkbox"/> ホウ素	<input type="checkbox"/> ベンゼン <input type="checkbox"/> ホルムアルデヒド <input type="checkbox"/> 亜鉛 <input type="checkbox"/> アルミニウム <input type="checkbox"/> 鉄 <input type="checkbox"/> 銅 <input type="checkbox"/> マンガン	<input type="checkbox"/> フェノール類 <input type="checkbox"/> 有機物 (TOC) <input checked="" type="checkbox"/> 味 <input checked="" type="checkbox"/> 臭気 <input checked="" type="checkbox"/> 色度 <input checked="" type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> ニッケル	<input type="checkbox"/> 残留塩素の減量 <input type="checkbox"/> 給水装置全項目 (44項目) <input type="checkbox"/> 資機材全項目 (45項目) <input type="checkbox"/> 資機材JWWA独自項目 (6項目) <input type="checkbox"/> その他	
	備考 (検査条件の指定、その他要望など)				

検査項目をお選びください。その他の場合は、検査項目を記載、もしくは資料を添付してください。

搬入方法	<input checked="" 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・収集者 ()
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) ※ご記入内容・検査料金
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 サンプルング
-	- 月 日

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提供し、目的外の個人情報の利用はいたしません。

＜記入例＞

試験検査依頼書

※太枠内についてご記入下さい。

試料番号	G		
受注CD			
受付年月日	年	月	日
完了年月日	年	月	日

見積書No.	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	No. 12345678-0
住所	〒 500-8148 岐阜市曙町 4-6	
フリガナ	イッパンザイダシ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	
連絡担当者	所属	氏名
	〇〇課	公衛検 一郎 様
	TEL	FAX
	058-247-1302	058-248-0229
	E-mail	お持ちであればご記入ください

ご依頼に係る連絡
担当者は、一人と
してください。

宛名・送付先が
依頼者と同じ場合
は空欄でかまいま
せん。

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、
お急ぎの場合は記
入してください。

依頼者と連絡先が
異なる場合は連絡
先を記入してくだ
さい。

検査項目をお選び
ください。
その他の場合は、
検査項目を記載、
もしくは資料を添
付してください。

※成績書宛名・請求書宛名・各送付先が、上記と異なる場合はご記入下さい。

宛名・送付先	成績書宛名	住所	〒 506-0053 高山市昭和町 2-1 0 0-1 0
		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
	請求書宛名	住所	〒
		名称	
	成績書送付先	住所	〒
		名称	
	請求書送付先	住所	〒
		名称	

成績書受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> 来社	完了電話連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	連絡者	年 月 日
支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 (<input type="checkbox"/> 受付時お支払済 <input type="checkbox"/> 未納)	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行振込	<input type="checkbox"/> その他		
希望納期	年 月 日				
結果連絡	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (<input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail)				
返却品の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り	返却方法	<input type="checkbox"/> ※結果書と同送 <input checked="" type="checkbox"/> 来社 <input type="checkbox"/> その他		
	<input checked="" type="checkbox"/> 試料 <input type="checkbox"/> 容器	※返却品の大きさ等により、封筒に入らない場合には、宅配の着払いで返送となりますので、あらかじめご了承下さい。			

試料 (薬品)	名称	: 水道用〇〇	型式	: △△△
	Lot No.	: □□□	製造日	: ○ 年 ○ 月 ○ 日
	最大注入率: 100 mg/L			
試験方法	<input checked="" type="checkbox"/> JWVA Z 109・水道用薬品類の評価のための試験方法ガイドライン			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
検査項目	<input checked="" type="checkbox"/> カドミウム	<input type="checkbox"/> 亜鉛	<input type="checkbox"/> その他	
	<input checked="" type="checkbox"/> 水銀	<input type="checkbox"/> 鉄		
	<input checked="" type="checkbox"/> セレン	<input type="checkbox"/> 銅		
	<input checked="" type="checkbox"/> 鉛	<input type="checkbox"/> マンガン		
	<input checked="" type="checkbox"/> ヒ素	<input type="checkbox"/> アンチモン		
	<input checked="" type="checkbox"/> 六価クロム	<input type="checkbox"/> ニッケル		
	<input type="checkbox"/> 塩素酸	<input type="checkbox"/> アクリルアミド		
	<input type="checkbox"/> 臭素酸	<input type="checkbox"/> 水道用薬品全項目 (40項目)		
備考 (検査条件の指定、その他要望など)				

搬入方法	<input checked="" 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・収集者 ()
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) ※ご記入内容・検査料金
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	サンプリング
-	月 日

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提供し、目的外の個人情報の利用はいたしません。