

浴槽水検査依頼書

※太枠の中を記入して下さい

依頼日 年 月 日

依頼者	フリガナ 名称	様	ご担当者	様	<input type="checkbox"/> 会 員
	住所	〒			<input type="checkbox"/> 非 会 員
					TEL - -
					FAX - -

↓ を付けて下さい。上記と異なる場合(その他)は右記へご記入ください。

成績書	【宛名】 <input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> その他	(名前) 様	ご担当者	様	TEL - -
		(住所) 〒 -			FAX - -
請求書	【宛名】 <input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 成績書と同じ <input type="checkbox"/> その他	(名前) 様	ご担当者	様	TEL - -
		(住所) 〒 -			FAX - -
請求書	【送先】 <input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 成績書と同じ <input type="checkbox"/> その他	(名前) 様	ご担当者	様	TEL - -
		(住所) 〒 -			FAX - -

受付番号(記載不要)	成績書記載事項	採水者	<input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい
1	【採水場所名】 【採水日時】 □午前 □午後 年 月 日 時 分 【採水時水温】 °C	【残留塩素】 mg/L	<input type="checkbox"/> 浴槽水 <input type="checkbox"/> レジオネラ菌 □4項目(濁度・過マンガン酸カリウム消費量・大腸菌群・レジオネラ菌) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 原水・原湯・上り用湯・上り用水 <input type="checkbox"/> レジオネラ菌 □6項目(色度・濁度・pH・過マンガン酸カリウム消費量・大腸菌群・レジオネラ菌) <input type="checkbox"/> その他()
2	【採水場所名】 【採水日時】 □午前 □午後 年 月 日 時 分 【採水時水温】 °C	【残留塩素】 mg/L	<input type="checkbox"/> 浴槽水 <input type="checkbox"/> レジオネラ菌 □4項目(濁度・過マンガン酸カリウム消費量・大腸菌群・レジオネラ菌) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 原水・原湯・上り用湯・上り用水 <input type="checkbox"/> レジオネラ菌 □6項目(色度・濁度・pH・過マンガン酸カリウム消費量・大腸菌群・レジオネラ菌) <input type="checkbox"/> その他()
3	【採水場所名】 【採水日時】 □午前 □午後 年 月 日 時 分 【採水時水温】 °C	【残留塩素】 mg/L	<input type="checkbox"/> 浴槽水 <input type="checkbox"/> レジオネラ菌 □4項目(濁度・過マンガン酸カリウム消費量・大腸菌群・レジオネラ菌) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 原水・原湯・上り用湯・上り用水 <input type="checkbox"/> レジオネラ菌 □6項目(色度・濁度・pH・過マンガン酸カリウム消費量・大腸菌群・レジオネラ菌) <input type="checkbox"/> その他()
4	【採水場所名】 【採水日時】 □午前 □午後 年 月 日 時 分 【採水時水温】 °C	【残留塩素】 mg/L	<input type="checkbox"/> 浴槽水 <input type="checkbox"/> レジオネラ菌 □4項目(濁度・過マンガン酸カリウム消費量・大腸菌群・レジオネラ菌) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 原水・原湯・上り用湯・上り用水 <input type="checkbox"/> レジオネラ菌 □6項目(色度・濁度・pH・過マンガン酸カリウム消費量・大腸菌群・レジオネラ菌) <input type="checkbox"/> その他()

この点線より上を記入して下さい

検査実施済シール ; ¥500(税別) 希望する 【 枚 】 ・ 希望しない
 1検体につき1枚

注意事項	① 受付後、依頼内容についての変更は原則できません。 ② 原則として試験品の返却はできませんが、ご希望の方は受付時にお申し出下さい。 ③ 成績書の再発行(別途費用)は、発行後5年以内に限りです。 ④ 料金は原則現金払いです。受付後の返金は致しかねますので、予めご了承下さい。	結果書発送予定日	年 月 日頃
------	--	----------	--------

備考	<input type="checkbox"/> 顧客所有物 < □廃棄 □返却 : 形態, 個数 () >> <input type="checkbox"/> 特別採用 << <input type="checkbox"/> 速報 < □TEL □FAX : - - , 様宛 >> ⇒ 速報連絡日 / 時 分 担当者: <input type="checkbox"/> その他	支払方法等	検査料金: <input type="checkbox"/> 領収 <input type="checkbox"/> 成績書引換 <input type="checkbox"/> 請求 <input type="checkbox"/> 納品 <input type="checkbox"/> 見積 ¥ その他
----	---	-------	--

受領日時	受付者	受領日時(支部)	受領者(支部)	受領時の状態		受入検査	最終検査	所長	搬入方法
/		/		細菌	理化学				<input type="checkbox"/> 来社 <input type="checkbox"/> 採取 <input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> 受領 ()
:		:		<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適→ <input type="checkbox"/> 常温 □冷蔵 □冷凍	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適→ <input type="checkbox"/> 常温 □冷蔵 □冷凍				