

検査受付票（お客様情報）

識別 上 水

CE業 -00011

受付年月日	平成 年 月 日	見積書 NO.	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり(No.)
-------	----------	---------	---

下記注意事項についてご確認の上、太枠内をご記入ください。

ご依頼者	フリガナ	名称	様
	住所	〒	
連絡担当者	所属	氏名	様
	TEL :	FAX :	
【緊急連絡先】	TEL;	必ずご記入お願いします	
受付時 持ち込み者	所属	氏名	様
結果書表紙宛名	フリガナ	名称	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ
	住所	〒	
結果書依頼者	フリガナ	名称	様 <input type="checkbox"/> 依頼者と同じ
	住所	〒	
結果書送付先	フリガナ	名称	様 <input type="checkbox"/> 依頼者と同じ
	住所	〒	
請求書宛名	フリガナ	名称	様 <input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 結果書宛名と同じ
	住所	〒	
請求書送付先	フリガナ	名称	様 <input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 結果書宛名と同じ
	住所	〒	

ご依頼の目的	飲用適、不適の確認 ・ 営業許可の申請/更新 ・ 自主管理 ・ ビルの管理 再検査 ・ 清掃後の検査 ・ その他 ()		
受付方法	窓 口	郵 送	回 収
検査必要量	ml ・ 専用容器にて持込み		
結果報告予定日	平成 年 月 日	至急	
結果書のFAX	要	不要	
返却品	要	不要 (検 体 ・ 容 器)	
書類の受取方法	郵 送	窓 口	

【注意事項】

- ・ 結果書発行後は依頼者名、請求先、検体名ともに変更できません。
- ・ 至急の場合、試験料金は5割増となります。
- ・ 添付書類を作成の場合、別途料金をいただきます。
- ・ 提出された検体・容器の返却を希望される場合は受付時にお申し出ください。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。
- ・ 書類の受取方法を「窓口」とされた場合は、ご依頼者様へ電話により連絡いたします。
 なお、予定日を過ぎても受取に来られない場合、郵送とさせていただきます。

問合せ先： 一般財団法人 石川県予防医学協会 環境検査部
 〒920-0365 金沢市神野町東115番地 TEL：076-269-2344 FAX：076-269-2391

【上水】

検査品持込時の状態	室温 ・ 冷蔵 / 密栓 (あり ・ なし) / 外観の異常 (あり / なし)	
採水日	年 月 日 当日天候・気温() 前日天候()	
採水者	採水者 様	採水者所属

下記注意事項についてご確認の上、太枠内をご記入ください。

採水箇所	残留塩素	水温	採取時間	施設種類	試料種類	検査項目
検体番号						専用容器 その他
検体番号						専用容器 その他
検体番号						専用容器 その他
検体番号						専用容器 その他
検体番号						専用容器 その他

施設種類	1.上水道 2.簡易水道 3.井戸水 4.飲料水供給施設 5.専用水道 6.業務用飲用井戸 7.一般飲用井戸 8.防災井戸 9.観測井戸 10.中水道 11.湧水 12.温泉水 13.その他()	
試料種類	1.浄水 2.原水 3.その他() 原水を選択した場合、結果判定は表記されません。	
検査項目	1. 簡易12項目	水道法に基づき、飲用の適・不適を判断します
	2. ビル管16項目	建築物衛生法により適用される特定建築物に対して実施する検査です
	3. ビル管省略項目	
	4. 食品営業26項目	食品衛生法に基づき、食品営業許可を申請・更新するための検査です
	5. 消毒副生成物	原則、こちらで採水いたします
	6. 省略不可項目	
	7. 全項目	
	8. その他(単項目)	

備考
