

(公社)長崎県食品衛生協会 様
 食品環境検査センター
 下記のとおり検査を依頼します。

プール水・海水浴場・浴槽水等検査依頼書

(依頼者控)

| | | |
|--------|--|---|
| 依頼者コード | | 検査料金 |
| 受付場所 | <input type="checkbox"/> () 地区協会 <input type="checkbox"/> センター | <input type="checkbox"/> 領収 <input type="checkbox"/> 未収 |
| 整理番号 | 検体搬入方法 | <input type="checkbox"/> 来社 <input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> 採水 |

※太枠内をご記入ください。

| | | | |
|----------------|-----------|-------|--------------------------------------|
| 依頼年月日 | 年 月 日 | 受付年月日 | 年 月 日 |
| 依頼者住所 | 〒 - | | 結果書送付先(住所・宛名) (依頼者と異なる場合にご記入ください) |
| 商号・屋号 依頼者氏名 | TEL: FAX: | | 請求書送付先(住所・宛名) (依頼者と異なる場合にご記入ください) |
| | TEL: FAX: | | |

■ 検体種別及び検査項目 (☑をお願いします)

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> プール水 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 遊泳用 [500213] [500211] | <input type="checkbox"/> 5項目セット ※セットの場合は、下記に☑は不要です。 [学校用580/遊泳用581] (pH・濁度・過マンガン酸カリウム消費量・大腸菌・一般細菌) <input type="checkbox"/> pH [80801] <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量 [80300] <input type="checkbox"/> 濁度 [80200] <input type="checkbox"/> 大腸菌 [80401] <input type="checkbox"/> 一般細菌 [80500] <input type="checkbox"/> 総トリハロメタン [80600] <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌 [80900] |
| <input type="checkbox"/> 浴槽水 [500222] 【検査済証の要否】 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 | <input type="checkbox"/> 4項目セット ※セットの場合は、下記に☑は不要です。 [579] (濁度・過マンガン酸カリウム消費量・大腸菌群・レジオネラ属菌) <input type="checkbox"/> 濁度 [80200] <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量 [80300] <input type="checkbox"/> 大腸菌群 [80400] <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌 [80900] <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 浴槽水(原水・原湯) [500220] 【検査済証の要否】 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 | <input type="checkbox"/> 6項目セット ※セットの場合は、下記に☑は不要です。 (色度・濁度・pH・過マンガン酸カリウム消費量・大腸菌群・レジオネラ属菌) <input type="checkbox"/> 色度 [80800] <input type="checkbox"/> 濁度 [80200] <input type="checkbox"/> pH [80801] <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量 [80300] <input type="checkbox"/> 大腸菌群 [80400] <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌 [80900] |
| <input type="checkbox"/> クーリングタワー水 [510001] | <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌 [80900] <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 海水浴場 [500300] | <input type="checkbox"/> COD [80700] <input type="checkbox"/> 糞便性大腸菌群数 [80410] <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌O157 [23410] <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> その他の検体 | |

■ 試料情報 ※成績書等に記載されますので、試料等が識別できるようにご記入願います。

| | |
|----------------------|-----------|
| 採水年月日 (必ずご記入ください) | 年 月 日 |
| センター受付番号 | 施設名及び採水地点 |
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 備考 | |

注1: 成績書発行後は、成績書の会社名・施設名・検体名ともに変更できません。よくお確かめの上、ご記入ください。注2: レジオネラ属菌を検出した場合、検査済証を発行できません。