

＜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	W		
受注CD			
受付年月日	年	月	日
完了年月日	年	月	日

ご依頼者の名前
又は社名、電話
番号を記入して
下さい。

見積書No.	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 No.
--------	--

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
て下さい。原則
として所属毎の
担当者は、一人
として下さい。

依頼者	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サセンター					
	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	理化学分析課		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	

成績書の宛名が
依頼者と異なる
場合は記入して
下さい。依頼者
と同じ場合は口
欄にチェックして
下さい。

※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。

郵送または来社
欄にチェックして
下さい。来社の
場合は、成績書が
できた時点で電
話連絡します。

宛名・送付先	成績書宛名	住所	〒 506-0053 高山市昭和町2-100-10			様
		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	〒			様
		名称				様
成績書送付先	住所	〒				様
	名称					様
請求書送付先	住所	〒				様
	名称					様

検査料金の請求
先、請求書送付
先が、依頼者名
と異なる場合は
記入して下さい。

郵送の場合、郵
送先が依頼者ま
たは成績書の宛
名と異なる場合
は記入して下さい。
同じ場合は
空欄でかまいま
せん。

成績書受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> ご来社	完了電話連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	連絡者	年 月 日 印
支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 現金 (<input type="checkbox"/> 受付時お支払済 <input type="checkbox"/> 未納)	<input type="checkbox"/> 銀行振込	<input type="checkbox"/> その他		
希望納期	年 月 日				
結果連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail :)	印			
返却品の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	返却方法	<input type="checkbox"/> ※結果書と同送 <input type="checkbox"/> ご来社 <input type="checkbox"/> その他		
	<input 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。		

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
ので記入
して下さい。

結果速報の連絡
が必要な場合は、
連絡方法とあわ
せて口欄にチェッ
クして下さい。
なお、電子メー
ルでご希望の方
は電子メールア
ドレスをお書き
ください。

<input type="checkbox"/> 工場排水	<input type="checkbox"/> 浄化槽放流水	<input type="checkbox"/> ゴル場農薬	<input type="checkbox"/> し尿処理施設	<input type="checkbox"/> 下水道	<input type="checkbox"/> その他 ()
-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------	----------------------------------

試料・容器など
返却をご希望の
方は口欄にチェッ
クして下さい。

試料名	採取日	採取時刻	天候	採取者名
/	/	:		
/	/	:		

採水された場所、
月日、採水者を
記入して下さい。
採水者の所属は
記入されなく
てもかまいません。

検査項目につ
いて口欄にチェッ
クして下さい。

検査項目	<input type="checkbox"/> BOD	<input type="checkbox"/> 大腸菌群数	<input type="checkbox"/> その他	試験方法	<input type="checkbox"/> 公定法
	<input type="checkbox"/> COD	<input type="checkbox"/> n-ヘキサン			<input type="checkbox"/> 公定法以外
	<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> 全窒素			
	<input type="checkbox"/> pH	<input type="checkbox"/> 全リン			

搬入容器	<input type="checkbox"/> ホリエレンピン(L× 本)	<input type="checkbox"/> 滅菌ホリエレンピン(mL× 本)
	<input type="checkbox"/> 培養ビン(□DO、□硫化物)	<input type="checkbox"/> ガラスビン(□PCB・□農薬(L× 本))
	<input type="checkbox"/> 共栓ガラスビン(mL× 本、□n-ヘキサン用・□VOC用)	
	<input type="checkbox"/> その他	

搬入方法	<input 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 印
------	---

検査料金	本体価格	円	総額(税込)	円	依頼内容承認(サイン)
------	------	---	--------	---	-------------

備考	※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	技術管理責任者	サンプリング
-	-	-	-	-	-

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。

(一財)岐阜県公衆衛生検査センター行 TEL: 058-247-1304 FAX: 058-248-0229

注意事項！！

- 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
- 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。
- 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。
- 成績書等の受け渡し方法を「来社」とされた場合は、電話により完了連絡を致します。なお、予定来社日を超えても来社されない場合は、郵送とさせていただきます。