

<記入例>

試験検査依頼書

※太枠内についてご記入下さい。

見積書No.	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 No.	試験番号	V		
		受注CD		年	月
		受付年月日		日	
		完了年月日		年	月
				日	

お客様のお名前又は社名、屋号、住所等を記入してください。

担当者様の所属・氏名、連絡先電話番号等を記入してください。

依頼者	住所	〒 500-8148 岐阜県岐阜市曙町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 太郎 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	

※成績書宛名・請求書宛名・各送付先が、上記と異なる場合はご記入ください。

宛名・送付先	成績書宛名	住所	〒		様
		名称			
	請求書宛名	住所	〒		様
		名称			
	成績書送付先	住所	〒		様
		名称			
	請求書送付先	住所	〒		様
		名称			

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ください。

結果速報の連絡が必要な場合は、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。

試料・容器など返却をご希望の方は欄にチェックしてください。

必要な検査項目等にチェックしてください。

成績書受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input 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 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 type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (<input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail :						押印 <input type="checkbox"/>	
返却品の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 試料 <input type="checkbox"/> 容器		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			
※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、あらかじめご了承ください。								

試料	採水地点	名称	公衛検 男湯		採水年月日	2020年 4月 1日 (08:45)		
		住所	岐阜県岐阜市曙町4-6					
	採水者名	公衛検 桃子	採水者所属	(一財)岐阜県公衆衛生検査センター				

プール水検査	<input type="checkbox"/>	5項目	<input type="checkbox"/> 一般細菌 AA0102 <input type="checkbox"/> 大腸菌 AA0201 <input type="checkbox"/> 濁度 AA5001 <input type="checkbox"/> pH値 AA4601 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量 AB2002 <input type="checkbox"/> 遊離残留塩素 AB1602 <input type="checkbox"/> 総トリハロメタン AA2602	別紙添付あり	その他の検査項目	現地検査	測った場合は記載下さい
						当日天候	晴
浴槽水検査	<input checked="" type="checkbox"/>	6項目	<input type="checkbox"/> 大腸菌 AA0201 <input type="checkbox"/> レジオネラ AG0031 <input type="checkbox"/> 色度 AA4901 <input type="checkbox"/> 濁度 AA5001 <input type="checkbox"/> pH値 AA4601 <input type="checkbox"/> 有機物(全有機炭素(TOC)の量) AA4501			気温	20 °C
	<input type="checkbox"/>	4項目	<input type="checkbox"/> 大腸菌群 AG0021 <input type="checkbox"/> レジオネラ AG0031 <input type="checkbox"/> 濁度 AA5003 <input type="checkbox"/> 有機物(全有機炭素(TOC)の量) AA4504	適否判定	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	水温	37 °C
<input type="checkbox"/>	その他					外観	
						臭気	
						PH値	
						残留塩素	0.4 mg/L

容器	ポリエチレン(上水用)	減菌ポリエチレン	ガラスビン	その他
	<input type="checkbox"/> 600mL	<input type="checkbox"/> 100mL <input type="checkbox"/> 200mL <input type="checkbox"/> 500mL	<input type="checkbox"/> 250mL	

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	<input type="checkbox"/>
------	---	---	--------------------------

検査料金	本体価格	円	総額 (税込)	円	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	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

1. 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
2. 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。
3. 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。