

容器発送依頼書(学校・幼稚園等)

<依頼者名>

<依頼予定日> ※日程調整させていただく場合がございます。

年	月	日	<input type="text"/>	検体	合計
年	月	日	<input type="text"/>	検体	

<依頼方法> 持参 (検査センター・ 熊谷受付) / 宅配

<依頼検体数>

<input type="checkbox"/> 飲料水11項目	<input type="text"/>	検体
<input type="checkbox"/> 水泳プール水質検査6項目	<input type="text"/>	検体
<input type="checkbox"/> 総トリハロメタン	<input type="text"/>	検体
<input type="checkbox"/> 循環ろ過装置処理水出口における濁度	<input type="text"/>	検体
<input type="checkbox"/> 飲料水・細菌検査 (一般細菌数・大腸菌)のみ	<input type="text"/>	検体
<input type="checkbox"/> その他(項目を記載して下さい)	<input type="text"/>	検体

<容器発送先>

〒 -	
(住所)	
(宛名)	(担当者名)
(TEL)	
(FAX)	

学校薬剤師が埼玉県薬剤師会会員の場合	学校薬剤師名	<input type="text"/>
--------------------	--------	----------------------

※会員でない場合は、着払いとなります。

<希望到着日>

年 月 日 ~ 月 日

一般社団法人 埼玉県食品衛生協会 検査センター

〒330-0855 さいたま市大宮区上小町1450番地

TEL048-649-5332 / FAX048-647-3360

受付時間(原則木曜日) 9~12時・13~14時

担当 ^{チノ}千野 ・ ^{ワカツキ}若月