

受付年月日	年 月 日	受付番号	YW	
-------	-------	------	----	--

水 質 検 査 依 頼 書 (学校、幼稚園等)

一般社団法人

埼玉県食品衛生協会検査センター 宛

依頼者名 (成績書宛名)	
成績書 送付先	〒
請求書 送付先 (口 同上)	(送付先宛名) 〒

下記の通り検査を依頼します。

採水施設名称(学校名等)	採水年月日	採水者氏名
学校薬剤師が埼玉県薬剤師会員の場合(協定料金適用)	学校薬剤師名	

No.	採水箇所名	種 類	検査項目	残留塩素*1
		1.水道水 2.井水 3.プール水 4.循環ろ過装置処理水(出口) 5.雑用水 6.その他()	1.飲料水*2 2.プール水*3 3.総トリハロメタン 4.濁度 5.その他	mg/L
		1.水道水 2.井水 3.プール水 4.循環ろ過装置処理水(出口) 5.雑用水 6.その他()	1.飲料水*2 2.プール水*3 3.総トリハロメタン 4.濁度 5.その他	mg/L
		1.水道水 2.井水 3.プール水 4.循環ろ過装置処理水(出口) 5.雑用水 6.その他()	1.飲料水*2 2.プール水*3 3.総トリハロメタン 4.濁度 5.その他	mg/L
		1.水道水 2.井水 3.プール水 4.循環ろ過装置処理水(出口) 5.雑用水 6.その他()	1.飲料水*2 2.プール水*3 3.総トリハロメタン 4.濁度 5.その他	mg/L

緊急時連絡先 【不適事項など】	氏名	TEL 携帯
--------------------	----	-----------

*1 飲料水、プール水又は総トリハロメタン検査の採水時に残留塩素を測定して下さい。

*2 一般細菌数 大腸菌 硝酸態窒素及び亜硝酸態窒素 塩化物イオン 全有機炭素(TOC) pH値 味 臭気 色度 濁度 遊離残留塩素(参考値)

*3 遊離残留塩素 pH値 大腸菌 一般細菌数 有機物等(KMnO₄消費量) 濁度

検査センターチェック欄

理化学検査責任者	理化学検査担当	細菌検査責任者	細菌検査担当		照 合
受付担当者		成績書発送日		写し 有・無	請求・領収