

受付票(上水)

	住所	名前	担当	TEL,FAX
依頼者				
サンプリング先	依頼者と同じ場合は空欄のままで結構です			
報告書 表紙宛名	依頼者と同じ場合は空欄のままで結構です			
報告書における 依頼者名	依頼者と同じ場合は空欄のままで結構です			
受付方法	1.窓口提出 2.郵送又は宅配 3.協会での採水希望(年 月 日 AM・PM) 郵送又は宅配をご希望の場合は、試料と共に登録票・受付票も必ず同封願います 採水日時は必ずしもお客様のご希望に添えない場合もありますので予めご了承ください			
報告書・請求書 発送方法	1.郵送 2.窓口 報告書、請求書の宛先・送付先が依頼者と異なる場合はご記入ください。			
ご依頼目的	1. 飲用に適・不適の確認 2. 営業許可の申請 3. 営業許可の更新 4. 自主管理 5. ビルの管理 6. 再検査 7. その他()			
検査扱い	1. 普通 2. 至急 (注1)	結果のFAX	1. 要 2. 不要	
希望納期	年 月 日 特にご希望がある場合にご記入下さい			

採水日	年 月 日 当日天候・気温() 前日天候()			
採水者	採水者所属			

採水箇所	残留 塩素	水温	採水 時間	施設 種類	試料 種類	検査項目名

お客様の方で採水される場合のみご記入ください。

下記の選択肢からお選び下さい

施設種類	1. 上水道 2. 簡易水道 3. 業務用飲用井戸 4. 一般飲用井戸 5. 中水道 6. その他()
試料種類	1. 浄水 2. 原水 3. その他()
検査項目	1. 一部項目 2. ビル管項目 3. トリハロメタン項目 4. 食品営業26項目 5. 細菌2項目 6. 全項目 7. 3物質(トリクレン他) 8. ビル管(1/3項目) 9. その他

試験部位、試験方法、報告書作成等についてのご希望があればご記入下さい

注 1) 至急の場合は、通常の検査料金の5割増しの料金を頂きます。

注 2) ご提出いただいた試料は原則としてご返却いたしません。
返却をご希望の場合は、受付時にお申し出下さい。

財団法人 石川県予防医学協会
環境保健部
TEL 076 (269) 2344
FAX 076 (269) 2391