

受付番号		受付年月日		発送方法		検査担当		
		年 月 日		郵送	手交	細菌		
浴槽水等検査依頼書								
年 月 日								
奈良県保健研究センター所長 殿								
依頼者住所：奈良県								
氏名： 電話番号 — —								
*依頼者が法人にあっては、事業所の住所及び法人名を記載してください。								
次のとおり検査を依頼します。								
No.	検体番号 (記入しない)	水の種類 (該当する項目の□にレ印)	採水場所等について			検査する項目には□にレ印		
1		<input type="checkbox"/> 浴槽水	採水場所：			<input type="checkbox"/> 濁度	<input type="checkbox"/> 有機物	
		<input type="checkbox"/> 浴槽水以外	採水日時： 月 日			<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> レジオネラ属菌	
		<input type="checkbox"/> 原湯・水	残留塩素濃度： mg/L			<input type="checkbox"/> 色度	<input type="checkbox"/> 濁度	<input type="checkbox"/> pH値
		<input type="checkbox"/> 上がり用湯・水	循環式 ・ その他			<input type="checkbox"/> 有機物		
		<input type="checkbox"/> 大腸菌				<input type="checkbox"/> 大腸菌	<input type="checkbox"/> レジオネラ属菌	
2		<input type="checkbox"/> 浴槽水	採水場所：			<input type="checkbox"/> 濁度	<input type="checkbox"/> 有機物	
		<input type="checkbox"/> 浴槽水以外	採水日時： 月 日			<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> レジオネラ属菌	
		<input type="checkbox"/> 原湯・水	残留塩素濃度： mg/L			<input type="checkbox"/> 色度	<input type="checkbox"/> 濁度	<input type="checkbox"/> pH値
		<input type="checkbox"/> 上がり用湯・水	循環式 ・ その他			<input type="checkbox"/> 有機物		
		<input type="checkbox"/> 大腸菌				<input type="checkbox"/> 大腸菌	<input type="checkbox"/> レジオネラ属菌	
3		<input type="checkbox"/> 浴槽水	採水場所：			<input type="checkbox"/> 濁度	<input type="checkbox"/> 有機物	
		<input type="checkbox"/> 浴槽水以外	採水日時： 月 日			<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> レジオネラ属菌	
		<input type="checkbox"/> 原湯・水	残留塩素濃度： mg/L			<input type="checkbox"/> 色度	<input type="checkbox"/> 濁度	<input type="checkbox"/> pH値
		<input type="checkbox"/> 上がり用湯・水	循環式 ・ その他			<input type="checkbox"/> 有機物		
		<input type="checkbox"/> 大腸菌				<input type="checkbox"/> 大腸菌	<input type="checkbox"/> レジオネラ属菌	
条例事項	十 その他の試験又は検査					収 受 印		
検査項目	色度・濁度・pH値		各 1,150円	×	件 =	円		
	有機物		4,400円	×	件 =	円		
	大腸菌群		1,670円	×	件 =	円		
	大腸菌		1,880円	×	件 =	円		
	レジオネラ属菌		7,330円	×	件 =	円		
検査手数料 (収入証紙は裏面に貼付)		¥					円	
備考								
<small>※検査成績書を郵送で希望される場合：普通郵便は、郵便紛失が起きた場合の補償がありません。なお、検査成績書の再発行は手数料(1通1,250円)がかかります。 ※有機物は過マンガン酸カリウム消費量または全有機炭素量(TOC)を測定します。</small>								

No.	検体番号 (記入しない)	水の種類(該当する番号を ○で囲んでください。)	採水場所等について	検査する項目には□にレ印
4		<input type="checkbox"/> 浴槽水	採水場所: 採水日時: 月 日	<input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> 有機物 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌
		<input type="checkbox"/> 浴槽水以外 <input type="checkbox"/> 原湯・水 <input type="checkbox"/> 上がり用湯・水	残留塩素濃度: mg/L 循環式 ・ その他	<input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> pH値 <input type="checkbox"/> 有機物 <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌
5		<input type="checkbox"/> 浴槽水	採水場所: 採水日時: 月 日	<input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> 有機物 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌
		<input type="checkbox"/> 浴槽水以外 <input type="checkbox"/> 原湯・水 <input type="checkbox"/> 上がり用湯・水	残留塩素濃度: mg/L 循環式 ・ その他	<input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> pH値 <input type="checkbox"/> 有機物 <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌
6		<input type="checkbox"/> 浴槽水	採水場所: 採水日時: 月 日	<input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> 有機物 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌
		<input type="checkbox"/> 浴槽水以外 <input type="checkbox"/> 原湯・水 <input type="checkbox"/> 上がり用湯・水	残留塩素濃度: mg/L 循環式 ・ その他	<input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> pH値 <input type="checkbox"/> 有機物 <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌

奈良県収入証紙貼付欄