

受付番号	受付年月日	交付方法	検査担当	
	年 月 日	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)	必要事項記載欄		
		(水の種類)	(検査項目)	
1	Y-	検体名:	<input type="checkbox"/> 浴槽水 <input type="checkbox"/> 循環式 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> pH値 <input type="checkbox"/> 有機物(過マンガン酸カリウム消費量)
		採水日: 月 日 残留塩素濃度: mg/L	<input type="checkbox"/> 浴槽水以外 <input type="checkbox"/> 原湯・水 <input type="checkbox"/> 上がり用湯・水	<input type="checkbox"/> 大腸菌(□浴槽水、□浴槽水以外) <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌
2	Y-	検体名:	<input type="checkbox"/> 浴槽水 <input type="checkbox"/> 循環式 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> pH値 <input type="checkbox"/> 有機物(過マンガン酸カリウム消費量)
		採水日: 月 日 残留塩素濃度: mg/L	<input type="checkbox"/> 浴槽水以外 <input type="checkbox"/> 原湯・水 <input type="checkbox"/> 上がり用湯・水	<input type="checkbox"/> 大腸菌(□浴槽水、□浴槽水以外) <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌
3	Y-	検体名:	<input type="checkbox"/> 浴槽水 <input type="checkbox"/> 循環式 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> pH値 <input type="checkbox"/> 有機物(過マンガン酸カリウム消費量)
		採水日: 月 日 残留塩素濃度: mg/L	<input type="checkbox"/> 浴槽水以外 <input type="checkbox"/> 原湯・水 <input type="checkbox"/> 上がり用湯・水	<input type="checkbox"/> 大腸菌(□浴槽水、□浴槽水以外) <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌
条例事項	+	その他の試験又は検査		収受印
検査項目	濁度・色度・pH値	各 1,150円 ×	件 =	円
	有機物	4,400円 ×	件 =	円
	大腸菌(浴槽水)	1,710円 ×	件 =	円
	大腸菌(原湯、上がり用湯等)	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)		¥		
備考 検査成績書の再発行は手数料(1通1,250円)がかかります。				

