

### 3.浴槽水等水質検査依頼書

※依頼No. \_\_\_\_\_

太枠内ご記入ください。採水当日に搬入いただきますようお願いいたします。

当センターが依頼書に記載された内容を試験・検査の目的以外に使用することはありません。

※当センター記入欄

検査料をお支払 いただく方	依頼者 (法人・個人) 氏名	〒 _____ ところ _____	※依頼者CD
	担当者 (氏名)	TEL _____ 携帯 _____ FAX _____ Eメール _____	※事業所CD
上記以外を希望する 場合	請求先 (担当部署等)	〒 _____ ところ _____ TEL _____ FAX _____	※事業所CD
	報告書宛名 (元請・発注者等)		※あて名CD
	報告書送付先 (別途希望の場合) 氏名	〒 _____ ところ _____	

下記のとおり検査を依頼します。依頼する試料は、浴槽  試料, 原湯・上がり用湯等  試料です。

試料・検体の情報	浴槽の種類	<input type="checkbox"/> 循環式 <input type="checkbox"/> かけ流し <input type="checkbox"/> かけ流しのため消毒せず
	浴槽水の消毒方法	<input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム(液体) <input type="checkbox"/> 次亜塩素酸カルシウム(固体) <input type="checkbox"/> 塩素化イソシアヌル酸系 <input type="checkbox"/> モノクロミン <input type="checkbox"/> わからない(商品名: _____)
	上がり用湯水の消毒	<input type="checkbox"/> 浴槽水と同じ消毒薬剤 <input type="checkbox"/> 水道水を使用(追加消毒なし) <input type="checkbox"/> わからない・その他の薬剤
	採取場所(施設名等):	
	採取者	所属: _____ 氏名: _____ <input type="checkbox"/> 所属・氏名を記載しない(依頼者採取) <input type="checkbox"/> 採取業務も依頼する(センター採取)
	現地の記録	採取位置
	採取位置	採取日: _____ 月 _____ 日 採取時刻: _____ 時 _____ 分 水温: _____ °C 残留塩素: _____ mg/L
	採取位置	採取日: _____ 月 _____ 日 採取時刻: _____ 時 _____ 分 水温: _____ °C 残留塩素: _____ mg/L
	採取位置	採取日: _____ 月 _____ 日 採取時刻: _____ 時 _____ 分 水温: _____ °C 残留塩素: _____ mg/L
	検査依頼項目	<input type="checkbox"/> 基準4項目* <input type="checkbox"/> 要水質検査済証 <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> 全有機炭素(TOC) <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量* <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌 <input type="checkbox"/> 要検査済証 <input type="checkbox"/> 基準4項目* <input type="checkbox"/> 要水質検査済証 <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> 全有機炭素(TOC) <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量* <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌 <input type="checkbox"/> 要検査済証 <input type="checkbox"/> 基準6項目** <input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> 水素イオン濃度(pH) <input type="checkbox"/> 全有機炭素(TOC) <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量* <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌 *単項目 **単項目 ◆塩素化イソシアヌル酸系薬剤を使用している場合のみ適用されます。(使用薬剤不明の場合はTOCとなります。)

当センターへの連絡事項:

※検体番号	A50	A50	A51
受付日	年 _____ 月 _____ 日	発行予定日	年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> KMnO <sub>4</sub> 適用
支払い	<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 後納 <input type="checkbox"/> 前受	成績書	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来所( _____ 月 _____ 日 _____ 時以降~)
交付・発送	請求	計上	済証

公益財団法人宮城県公害衛生検査センター  
 TEL 022(391)1133 FAX 022(391)7988 info@miyagikougai.or.jp  
 〒989-3126 仙台市青葉区落合二丁目15番24号

- 窓口
- 宅配
- 回収

【別紙】 同様の水質検査で複数試料がある場合の追記書

※依頼No.

試料・検体の情報 2	成績書記載事項	採取者 所属: <input type="checkbox"/> 同上 氏名: <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 所属・氏名を記載しない(依頼者採取) <input type="checkbox"/> 採取業務も依頼する(センター採取)
	名称	*浴槽: 又は ** 原水・原湯・貯湯槽・上がり用(湯・水)
	採取日時:	月 日 時 分
	水温:	℃ 残留塩素: mg/L <input type="checkbox"/> 水温及び残留塩素濃度の記録を成績書備考欄へ記載しない
	検査項目 (単項目)	<input type="checkbox"/> *浴槽基準4項目 → <input type="checkbox"/> 要水質検査済証 <input type="checkbox"/> ** 上がり用湯水・原湯など基準6項目 <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> 大腸菌群* <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌 <input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量♦ <input type="checkbox"/> 大腸菌** → <input type="checkbox"/> 要検査済証 ◆塩素化イソシアヌル酸系薬剤を使用している場合のみ適用されます。(使用薬剤不明の場合はTOCとなります。)

※検体番号:

試料・検体の情報 3	成績書記載事項	採取者 所属: <input type="checkbox"/> 同上 氏名: <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 所属・氏名を記載しない(依頼者採取) <input type="checkbox"/> 採取業務も依頼する(センター採取)
	名称	*浴槽: 又は ** 原水・原湯・貯湯槽・上がり用(湯・水)
	採取日時:	月 日 時 分
	水温:	℃ 残留塩素: mg/L <input type="checkbox"/> 水温及び残留塩素濃度の記録を成績書備考欄へ記載しない
	検査項目 (単項目)	<input type="checkbox"/> *浴槽基準4項目 → <input type="checkbox"/> 要水質検査済証 <input type="checkbox"/> ** 上がり用湯水・原湯など基準6項目 <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> 大腸菌群* <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌 <input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量♦ <input type="checkbox"/> 大腸菌** → <input type="checkbox"/> 要検査済証 ◆塩素化イソシアヌル酸系薬剤を使用している場合のみ適用されます。(使用薬剤不明の場合はTOCとなります。)

※検体番号:

試料・検体の情報 4	成績書記載事項	採取者 所属: <input type="checkbox"/> 同上 氏名: <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 所属・氏名を記載しない(依頼者採取) <input type="checkbox"/> 採取業務も依頼する(センター採取)
	名称	*浴槽: 又は ** 原水・原湯・貯湯槽・上がり用(湯・水)
	採取日時:	月 日 時 分
	水温:	℃ 残留塩素: mg/L <input type="checkbox"/> 水温及び残留塩素濃度の記録を成績書備考欄へ記載しない
	検査項目 (単項目)	<input type="checkbox"/> *浴槽基準4項目 → <input type="checkbox"/> 要水質検査済証 <input type="checkbox"/> ** 上がり用湯水・原湯など基準6項目 <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> 大腸菌群* <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌 <input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量♦ <input type="checkbox"/> 大腸菌** → <input type="checkbox"/> 要検査済証 ◆塩素化イソシアヌル酸系薬剤を使用している場合のみ適用されます。(使用薬剤不明の場合はTOCとなります。)

※検体番号:

試料・検体の情報 5	成績書記載事項	採取者 所属: <input type="checkbox"/> 同上 氏名: <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 所属・氏名を記載しない(依頼者採取) <input type="checkbox"/> 採取業務も依頼する(センター採取)
	名称	*浴槽: 又は ** 原水・原湯・貯湯槽・上がり用(湯・水)
	採取日時:	月 日 時 分
	水温:	℃ 残留塩素: mg/L <input type="checkbox"/> 水温及び残留塩素濃度の記録を成績書備考欄へ記載しない
	検査項目 (単項目)	<input type="checkbox"/> *浴槽基準4項目 → <input type="checkbox"/> 要水質検査済証 <input type="checkbox"/> ** 上がり用湯水・原湯など基準6項目 <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> 大腸菌群* <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌 <input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量♦ <input type="checkbox"/> 大腸菌** → <input type="checkbox"/> 要検査済証 ◆塩素化イソシアヌル酸系薬剤を使用している場合のみ適用されます。(使用薬剤不明の場合はTOCとなります。)

※検体番号:

### 3.浴槽水等水質検査依頼書

※依頼No.

**記入例**

採水当日に搬入いただきますようお願いいたします。

センターが支店書記載された内容を試験・検査の目的以外に使用することはありません。

※当センター記入欄

検査料をお支払 いただく方	依頼者 (法人・個人)	〒 989-3126 仙台市青葉区落合2-15-24	※依頼者CD
	名称	株式会社〇〇メンテナンス	
上記以外を希望する 場合	担当者 (所属)	仙台支店 TEL 022-391-1133 携帯 090-70xx-5400	※事業所CD
	担当者 (氏名)	公衛 検太 FAX 022-391-7988 Eメール info@miyagikougai.or.jp	
上記以外を希望する 場合	請求先 (担当部署等)	〒 100-0000 東京都中央区中央10-10-1 本社経理部 TEL 03-1234-5678 FAX 03-9012-3456	※事業所CD
	報告書宛名 (元請・発注者等)	ホテル△△イン 陸前落合駅前店	※あて名CD
	報告書送付先 (別途希望の場合)	〒 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇	成績書の宛名を変更したい場合にご記入ください。

下記のとおり検査を依頼します。依頼する試料は、浴槽 **2** 試料、原湯・上がり用湯等 **1** 試料です。

試料・検体の情報	浴槽の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 循環式	<input type="checkbox"/> かけ流し	<input type="checkbox"/> かけ流しのため消毒せず	
	浴槽水の消毒方法	<input checked="" type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム(液体)	<input type="checkbox"/> 次亜塩素酸カルシウム(固体)	<input type="checkbox"/> 塩素化イソシアヌル酸系	
		<input type="checkbox"/> モノクロアミン	<input type="checkbox"/> わからない(商品名:)		
	上がり用湯水の消毒	<input type="checkbox"/> 浴槽水と同じ消毒薬剤	<input type="checkbox"/> 水道水を使用(追加消毒なし)	<input type="checkbox"/> わからない・その他の薬剤	
	採取場所(施設名等):	最上階展望大浴場			
	採取者	所属: 株式会社〇〇メンテナンス	氏名: 公衛 検太		
		<input type="checkbox"/> 所属・氏名を記載しない(依頼者採取) <input type="checkbox"/> 採取業務も依頼する(センター採取)			
	現地の記録	採取位置	浴槽名1: 男子大浴場	浴槽名2: 女子大浴場	原水・原湯・上がり用(湯・水)
			採取日: 5月22日	採取日: 5月22日	採取日: 5月22日
			採取時刻: 11時05分	採取時刻: 11時00分	採取時刻: 11時10分
		水温: 41.5℃	水温: 41.5℃	水温: 40.5℃	
		残留塩素: 0.5 mg/L	残留塩素: 0.6 mg/L	残留塩素: 0.4 mg/L	
		<input type="checkbox"/> 水温及び遊離残留塩素濃度の記録を成績書備考欄へ記載しない			
検査依頼項目	<input checked="" type="checkbox"/> 基準4項目*	<input checked="" type="checkbox"/> 基準4項目*	<input checked="" type="checkbox"/> 基準6項目**		
	<input checked="" type="checkbox"/> 要水質検査済証	<input checked="" type="checkbox"/> 要水質検査済証	<input type="checkbox"/> 色度		
	<input type="checkbox"/> 濁度	<input type="checkbox"/> 濁度	<input type="checkbox"/> 濁度		
	<input type="checkbox"/> 全有機炭素(TOC)	<input type="checkbox"/> 全有機炭素(TOC)	* 水素イオン濃度(pH)		
	* 単項目 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆	* 単項目 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆	<input type="checkbox"/> 全有機炭素(TOC)		
	<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆		
	<input type="checkbox"/> レジオネラ属菌	<input type="checkbox"/> レジオネラ属菌	<input type="checkbox"/> 大腸菌		
	<input type="checkbox"/> 要検査済証	<input type="checkbox"/> 要検査済証	<input type="checkbox"/> レジオネラ属菌		
	◆塩素化イソシアヌル酸系薬剤を使用している場合のみ適用されます。(使用薬剤不明の場合はTOCとなります。)				

当センターへの連絡事項:

※検体番号	A50	A50	A51
受付日	年 月 日	発行予定日	年 月 日
支払い	<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 後納 <input type="checkbox"/> 前受	成績書	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来所( 月 日 時以降~)
交付・発送	請求	計上	済証
			発行
			手 数 料
			入力確認
			受付
			仮受付

公益財団法人宮城県公害衛生検査センター

TEL 022(391)1133 FAX 022(391)7988 info@miyagikougai.or.jp

〒989-3126 仙台市青葉区落合二丁目15番24号

- 窓口
- 宅配
- 回収