

## 検査依頼書

尼崎市立衛生研究所長あて

依頼者氏名	電話		
依頼者住所	〒		
採取場所 (施設名等)			
採取日時	令和 年 月 日 午前 時 分		
試料の種類 ( <input checked="" type="checkbox"/> 又は <input checked="" type="checkbox"/> を記入)	<input type="checkbox"/> 上水道水	<input type="checkbox"/> 浴槽水	<input type="checkbox"/> プール水
	<input type="checkbox"/> 食品 ( )		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
項目 ( <input checked="" type="checkbox"/> 又は <input checked="" type="checkbox"/> を記入)	<input type="checkbox"/> 飲料水検査セット10項目	外観 色度 濁度 臭気 pH値 塩化物イオン 硝酸態窒素及び亜硝酸態窒素 有機物(TOC) 一般細菌 大腸菌	
	<input type="checkbox"/> 浴場水検査セット1	濁度 全有機炭素(TOC)量 大腸菌群	
	<input type="checkbox"/> 浴場水検査セット2	濁度 過マンガン酸カリウム消費量 大腸菌群	
	<input type="checkbox"/> プール水検査セット	濁度 pH値 過マンガン酸カリウム消費量 一般細菌 大腸菌	
	<input type="checkbox"/> 残留塩素	<input type="checkbox"/> 大腸菌	
	<input type="checkbox"/> 蒸発残留物	<input type="checkbox"/> 大腸菌群	
	<input type="checkbox"/> 亜硝酸態窒素	<input type="checkbox"/> サルモネラ属菌	
	<input type="checkbox"/> 濁度	<input type="checkbox"/> O157	
	<input type="checkbox"/> レジオネラ属菌	<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌	
	<input type="checkbox"/> 一般細菌	<input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ菌	
	<input type="checkbox"/> その他の検査項目		
備考	担当者印	検査番号	