

水質試験検査依頼書 経理控

一般社団法人 高知県食品衛生協会 殿

受付日 年 月 日

下記のとおり試験検査を依頼します。

〔太字枠内にご記入下さい〕

依頼者	依頼者名 <small>氏名もしくは会社名</small>	会社名の場合 担当者名			様
	住所	〒			
	電話番号		F A X		
採水者名 <small>氏名もしくは会社名</small>		会社名の場合 担当者名			

下欄送付先は上記の依頼者と異なる場合のみ記入してください。

成績送付先	会社名の場合 担当者名		
住所	〒		
電話番号		F A X	
請求書送付先	会社名の場合 担当者名		
住所	〒		
電話番号		F A X	

採水場所（住所等）もしくは検体名称	水の種別	塩素処理	採水日・時刻	検査項目	手数料
1		有・無			
2		有・無			
3		有・無			
4		有・無			
5		有・無			
検体数				合計	検体
水の種別	飲料水：上水道・簡易水道・飲料水供給施設・地下水 他				
	飲料水以外：プール水・浴槽水・浴槽原水・冷却塔水 他				
備考					

成績書受渡方法

郵送

来所

電話連絡

()

F A X

受付者・協会名

センター受付者

持込地区協会名

受付地区協会名

決済方法

現金

振込

月末メ・個別

後払い（来所）

検査手数料合計

¥

検査終了希望日

月 日

(特にお急ぎの場合)

通常は項目に応じて、
1～3週間程度です。

成績書の宛名及び採水場所等については、成績書発行後変更することはできませんので、訂正を要するときは至急申し出て下さい。
ご記入いただきました個人・事業所情報は、検査結果のお知らせなど本件に関する諸連絡のほか、資料の送付や試験検査のご案内等に使用させていただきます。また、個人特定しない統計処理の形で使用することがあります。あらかじめご了承ください。

領 収 書

様

年 月 日

金額 ¥

但、水質検査手数料 検体

上記正に領収いたしました。

一般社団法人 高知県食品衛生協会
〒780-0850 高知市丸ノ内2丁目4番11号
Tel (088) 871-3282 【水質】