

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 氏名もしくは会社名	会社名の場合 担当者名			様
	住 所	〒			
	電話番号		F A X		
採水者名 氏名もしくは会社名		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・専用水道・地下水（井水）・船内水・山水 等 （記入例）飲料水以外：プール水・プール原水・浴槽水・浴槽原水・農業用水・河川水・雑用水・冷却塔水 等 備 考		

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。

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

月末〆・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。

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。

10%対象 ¥

内 税 ¥

登録番号 T2-4900-0500-0597

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】