所長		細菌		担当者	
		化学		担当者	
			起案月日　　月　　日		

試験検査依頼書（浴槽水）

〒380-0872 長野市南長野聖徳545-3
(TEL) 026-234-9001 (FAX) 026-234-5057

一般社団法人 長野県食品衛生協会
食品衛生試験研究所長　宛

協会員以外の方は右□に✓してください。 □

下記のとおり検査を依頼します。　　年　　月　　日

住所（〒　　－　　）	フリガナ 担当者名　　様 所属(部・課など)
フリガナ	
依頼社(者)	TEL(　　)　　－ FAX(　　)　　－
営業等種別(該当する番号に○)　1. 旅館・ホテル・山小屋等　2. 公衆浴場　3. その他(　　)	

＊下記をご記入のうえ、該当する浴室・浴槽名に○(マル)をしてください。該当しない場合は、空白番号に名称を記入してください。

(注) 採水地点が上記住所と同一の場合は、記入不用です。

採水年月日	年　月　日	採水地(注)	市　町 郡　村

	検体名(浴室・浴槽名等)	備考	支部受付番号	食衛研受付番号
1	原水・原湯、上がり湯等			
2	男湯			
3	女湯			
4	露　天(男)			
5	露　天(女)			
6				

※依頼項目の『○印』欄に○(マル)をしてください。該当項目がない場合は検査項目は空欄に記入してください。

○印	コード	試験項目	定価(税抜)	数量
	1	2項目(大腸菌群・レジオネラ属菌)	5,300	
	2	4項目(大腸菌群・レジオネラ属菌・濁度・有機物等)(浴槽水)	7,400	
	3	6項目(大腸菌群・レジオネラ属菌・色度・濁度・pH値・有機物等)(原湯等)	9,500	
	4	大腸菌群	2,700	
	5	レジオネラ属菌	3,900	
	6	レジオネラ属菌(PCR法：定量)	25,000	

○印	コード	試験項目	定価(税抜)	数量
	7	濁度	1,300	
	8	有機物等($KMnO_4$消費量)	3,500	
	9	色度	1,300	
	10	pH値	1,000	

※ 上記料金は定価であり、協会員は料金が異なります