

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

分析料をお支払 いただく方	依頼者 (請求書の宛名)	〒 名称			※依頼者CD
	部署等	TEL	FAX		※事業所CD
上記以外を希望 するとき	担当者 氏名	Eメール	携帯		※事業所CD
	上記以外の 請求書送り先 (電子データ含む)	〒 名称	担当		※事業所CD
	上記以外の 結果書郵送先	〒 名称	担当		※あて名CD

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

試料(検体)の 情報	浴槽の種別	<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"/> モノクロラミン <input type="checkbox"/> わからない(商品名):			
	上がり用湯水の消毒	<input type="checkbox"/> 水道水を使用(追加消毒なし) <input type="checkbox"/> 浴槽水と同じ消毒薬剤 <input type="checkbox"/> わからない・その他の薬剤			
	結果書の宛名 (元請・発注者等)	<input type="checkbox"/> 依頼者に同じ <input type="checkbox"/> その他:			
	施設の名称	複数あるときは浴室名のところに記載してください。			
	No.	浴槽 1	浴槽 2	原湯(水)・上がり用湯(水)1	
	浴室名				
	試料名 採取位置				
	現地の記録	採取日時 月 日 :	採取日時 月 日 :	採取日時 月 日 :	
	採取者	会社名・部署名等		氏名	

採取時水温	℃	採取時水温	℃	採取時水温	℃
採取時残留塩素	mg/L	採取時残留塩素	mg/L	採取時残留塩素	mg/L
<input type="checkbox"/> 水温及び遊離残留塩素濃度の記録を結果書備考欄に記載しない。					
<input type="checkbox"/> 基準4項目* セット		<input type="checkbox"/> 基準4項目* セット		<input type="checkbox"/> 基準6項目** セット	
<input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による4項目		<input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による4項目		<input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による6項目	
*単項目	<input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> 全有機炭素(TOC) <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量	*単項目	<input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> 全有機炭素(TOC) <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量	**単項目	<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"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> レジオネラ属菌 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量
◆宮城県条例では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(薬剤不明のときはTOCになります。)					

レジオネラ属菌検査済証「検出せず」ステッカー	<input type="checkbox"/> 発行希望 (基本的に浴槽水検査のみ発行します。)			
結果書必要部数	部	原本発送前追加依頼	<input type="checkbox"/> 結果書PDFメール送信	<input type="checkbox"/> 結果書FAX送信
(2部~追加発行手数料を申し受けます。)		(データ送信手数料を申し受けます。お送りするPDFファイルはモノクロスキャンデータになります。)		
その他連絡事項:				

※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	結果書	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口受取(月 日 時以降~)					
交付・発送	PDF等送信	請求書	計上	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

試料（検体）の情報	分析結果書記載事項	No.	浴槽 3	浴槽 4	原湯(水)・上がり用湯(水)2	
		浴室名				
		試料名				
		採取位置				
		現地の記録	採取日時 月 日 : 採取時水温 °C 採取時残留塩素 mg/L	採取日時 月 日 : 採取時水温 °C 採取時残留塩素 mg/L	採取日時 月 日 : 採取時水温 °C 採取時残留塩素 mg/L	
<input type="checkbox"/> 水温及び遊離残留塩素濃度の記録を結果書備考欄に記載しない。 採取者 会社名・部署名等 <input type="checkbox"/> 同上 氏名 <input type="checkbox"/> 同上						
検査依頼項目	<input type="checkbox"/> 基準4項目* セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による4項目 * <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆ <small>◆宮城県条例では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(薬剤不明のときはTOCになります。)</small>		<input type="checkbox"/> 基準4項目* セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による4項目 * <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆ <small>◆宮城県条例では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(薬剤不明のときはTOCになります。)</small>		<input type="checkbox"/> 基準6項目** セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による6項目 * <input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> 濁度 * <input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> レジオネラ <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆	
	※検体番号 A50		A50		A51	

試料（検体）の情報	分析結果書記載事項	No.	浴槽 5	浴槽 6	原湯(水)・上がり用湯(水)3	
		浴室名				
		試料名				
		採取位置				
		現地の記録	採取日時 月 日 : 採取時水温 °C 採取時残留塩素 mg/L	採取日時 月 日 : 採取時水温 °C 採取時残留塩素 mg/L	採取日時 月 日 : 採取時水温 °C 採取時残留塩素 mg/L	
<input type="checkbox"/> 水温及び遊離残留塩素濃度の記録を結果書備考欄に記載しない。 採取者 会社名・部署名等: <input type="checkbox"/> 同上 氏名: <input type="checkbox"/> 同上						
検査依頼項目	<input type="checkbox"/> 基準4項目* セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による4項目 * <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆ <small>◆宮城県条例では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(薬剤不明のときはTOCになります。)</small>		<input type="checkbox"/> 基準4項目* セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による4項目 * <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆ <small>◆宮城県条例では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(薬剤不明のときはTOCになります。)</small>		<input type="checkbox"/> 基準6項目** セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による6項目 * <input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> 濁度 * <input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> レジオネラ <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆	
	※検体番号 A50		A50		A51	

試料（検体）の情報	分析結果書記載事項	No.	浴槽 7	浴槽 8	原湯(水)・上がり用湯(水)4	
		浴室名				
		試料名				
		採取位置				
		現地の記録	採取日時 月 日 : 採取時水温 °C 採取時残留塩素 mg/L	採取日時 月 日 : 採取時水温 °C 採取時残留塩素 mg/L	採取日時 月 日 : 採取時水温 °C 採取時残留塩素 mg/L	
<input type="checkbox"/> 水温及び遊離残留塩素濃度の記録を結果書備考欄に記載しない。 採取者 会社名・部署名等: <input type="checkbox"/> 同上 氏名: <input type="checkbox"/> 同上						
検査依頼項目	<input type="checkbox"/> 基準4項目* セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による4項目 * <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆ <small>◆宮城県条例では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(薬剤不明のときはTOCになります。)</small>		<input type="checkbox"/> 基準4項目* セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による4項目 * <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆ <small>◆宮城県条例では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(薬剤不明のときはTOCになります。)</small>		<input type="checkbox"/> 基準6項目** セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による6項目 * <input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> 濁度 * <input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> レジオネラ <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆	
	※検体番号 A50		A50		A51	

公益財団法人宮城県公害衛生検査センター

〒989-3126 仙台市青葉区落合二丁目15番24号 TEL 022(391)1133 FAX 022(391)7988 info@miyagikougai.or.jp

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

分析料をお支払 いただく方	依頼者 (請求書の宛名)	〒 989-3126	仙台市青葉区落合2-15-24	※依頼者CD
	名称	株式会社〇〇設備		
上記以外を希望 するとき	担当者	部署等	TEL 022-391-1133 FAX 022-391-7988	※事業所CD
	氏名	公衛 検太	Eメール info@miyagikougai.or.jp	
			携帯 090-70xx-5400	
	上記以外の 請求書送り先 (電子データ含む)	〒	honsa@miyagikougai.or.jp	※事業所CD
	名称	東京本社 経理部	担当 山田	※あて名CD
	上記以外の 結果書郵送先	〒		
	名称		担当	

お送り先が上記と異なるとき

下記のとおり検査を依頼します。依頼する試料数は、浴槽 **4** か所、原湯・上がり用湯等 **2** か所です。

試料(検体)の情報	浴槽の種類別	<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"/> モノクロラミン	<input type="checkbox"/> わからない(商品名:	
	上がり用湯水の消毒	<input checked="" type="checkbox"/> 水道水を使用(追加消毒なし)	<input type="checkbox"/> 浴槽水と同じ消毒薬剤	<input type="checkbox"/> わからない・その他の薬剤
	結果書の宛名 (元請・発注者等)	<input type="checkbox"/> 依頼者に同じ	<input checked="" type="checkbox"/> その他: 公衛検ホテルズ株式会社	
	施設の名称	ホテル〇〇イン 陸前落合駅前		
	No.	浴槽 1	浴槽 2	原湯(水)・上がり用湯(水)1
	浴室名	本館男子大浴場	本館女子大浴場	本館男子大浴場
	試料名	浴槽水	女湯	上がり用湯
	採取位置	内風呂		カラン
現地 の 記 録	採取日時	11月30日 11:30	11月30日 11:35	11月30日 11:40
	採取時水温	40.5 °C	18.5 °C	42.0 °C
採 取 者	採取時残留塩素	0.6 mg/L	0.6 mg/L	0.2 mg/L
	<input type="checkbox"/> 水温及び遊離残留塩素濃度の記録を結果書備考欄に記載しない。			
事 項	採取者	会社名・部署名等 株式会社〇〇設備 氏名 公衛 検太		
	<input type="checkbox"/> 所属・氏名を記載しない("依頼者採取"と表記されます。) <input type="checkbox"/> 当センター採取			
検査 依頼 項目	<input checked="" type="checkbox"/> 基準4項目* セット	<input checked="" type="checkbox"/> 基準4項目* セット	<input checked="" type="checkbox"/> 基準6項目** セット	
	<input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による4項目	<input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による4項目	<input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による6項目	
* 単 項 目	<input type="checkbox"/> 濁度	<input type="checkbox"/> 濁度	<input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> 濁度	
	<input type="checkbox"/> 全有機炭素(TOC)	<input type="checkbox"/> 全有機炭素(TOC)	<input type="checkbox"/> 水素イオン濃度(pH)	
* 単 項 目	<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> 全有機炭素(TOC)	
	<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	
* 単 項 目	<input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量	<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	
	◆宮城県条例では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(薬剤不明のときはTOCになります。)			
レジオネラ属菌検査済証「検出せず」ステッカー <input checked="" type="checkbox"/> 発行希望 (基本的に浴槽水検査のみ発行します。)				
結果書必要部数 1 部		原本発送前追加依頼 <input type="checkbox"/> 結果書PDFメール送信 <input type="checkbox"/> 結果書FAX送信		
(2部~追加発行手数料を申し受けます。)		(データ送信手数料を申し受けます。お送りするPDFファイルはモノクロスキャンデータになります。)		
その他連絡事項:				

※検体番号	A50	A50	A51
受付日	年 月 日	発行予定日	月 日
支払い	<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 後納 <input type="checkbox"/> 前受	結果書	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口受取(月 日 時以降~)
交付・発送	PDF等送信	請求書	計上
			発行
			手 数 料
			入力確認
			受付
			仮受付

公益財団法人宮城県公衛生検査センター
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

同一の案件で追加試料があるときの追記書1

※依頼No.

試料（検体）の情報	分析結果書記載事項	No.	浴槽 3	浴槽 4	原湯(水)・上がり用湯(水)2
		浴室名	新館女子大浴場	←同左	—
		試料名	浴槽水	浴槽水	原湯(源泉)
		採取位置	内風呂	露天風呂	貯湯槽ドレン
		現地の記録	採取日時 11月30日 11:30 採取時水温 40.5℃ 採取時残留塩素 0.6 mg/L	採取日時 11月30日 11:35 採取時水温 18.5℃ 採取時残留塩素 0.6 mg/L	採取日時 11月30日 13:00 採取時水温 43.5℃ 採取時残留塩素 — mg/L
		検査依頼項目	<input checked="" type="checkbox"/> 基準4項目* セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による4項目 * <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> TOC 単項目 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ 目 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆ ◆宮城県条例では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(薬剤不明のときはTOCになります。)	<input checked="" type="checkbox"/> 基準4項目* セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による4項目 * <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> TOC 単項目 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ 目 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆ ◆宮城県条例では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(薬剤不明のときはTOCになります。)	<input checked="" type="checkbox"/> 基準6項目** セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による6項目 * <input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> 濁度 * <input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> TOC 単項目 <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> レジオネラ 目 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆
※検体番号	A50	A50	A51		

試料（検体）の情報	分析結果書記載事項	No.	浴槽 5	浴槽 6	原湯(水)・上がり用湯(水)3
		浴室名			
		試料名			
		採取位置			
		現地の記録	採取日時 月 日 : 採取時水温 ℃ 採取時残留塩素 mg/L	採取日時 月 日 : 採取時水温 ℃ 採取時残留塩素 mg/L	採取日時 月 日 : 採取時水温 ℃ 採取時残留塩素 mg/L
		検査依頼項目	<input type="checkbox"/> 基準4項目* セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による4項目 * <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> TOC 単項目 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ 目 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆ ◆宮城県条例では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(薬剤不明のときはTOCになります。)	<input type="checkbox"/> 基準4項目* セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による4項目 * <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> TOC 単項目 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ 目 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆ ◆宮城県条例では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(薬剤不明のときはTOCになります。)	<input type="checkbox"/> 基準6項目** セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による6項目 * <input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> 濁度 * <input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> TOC 単項目 <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> レジオネラ 目 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆
※検体番号	A50	A50	A51		

試料（検体）の情報	分析結果書記載事項	No.	浴槽 7	浴槽 8	原湯(水)・上がり用湯(水)4
		浴室名			
		試料名			
		採取位置			
		現地の記録	採取日時 月 日 : 採取時水温 ℃ 採取時残留塩素 mg/L	採取日時 月 日 : 採取時水温 ℃ 採取時残留塩素 mg/L	採取日時 月 日 : 採取時水温 ℃ 採取時残留塩素 mg/L
		検査依頼項目	<input type="checkbox"/> 基準4項目* セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による4項目 * <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> TOC 単項目 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ 目 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆ ◆宮城県条例では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(薬剤不明のときはTOCになります。)	<input type="checkbox"/> 基準4項目* セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による4項目 * <input type="checkbox"/> 濁度 <input type="checkbox"/> TOC 単項目 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> レジオネラ 目 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆ ◆宮城県条例では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(薬剤不明のときはTOCになります。)	<input type="checkbox"/> 基準6項目** セット <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量による6項目 * <input type="checkbox"/> 色度 <input type="checkbox"/> 濁度 * <input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> TOC 単項目 <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> レジオネラ 目 <input type="checkbox"/> 過マンガン酸カリウム消費量◆
※検体番号	A50	A50	A51		

公益財団法人宮城県公衛生検査センター

〒989-3126 仙台市青葉区落合二丁目15番24号 TEL 022(391)1133 FAX 022(391)7988 info@miyagikougai.or.jp