

検査依頼書

ユーロフィンアーステクノ株式会社 金沢支店 宛

FAX 076-256-3919

記入年月日	年 月 日	採水予定日	年 月 日
同意確認 (チェックしてください)	<input type="checkbox"/>	お客様が採取した検体を検査機関まで発送し分析する事を理解し、検査結果の適合・不適合等に関わらず、ご請求金額を速やかにお支払いして頂きます。 検体の返送は土日祝を挟まずにお願い致します。 ご依頼をいただく場合は、成人である若しくは法定代理人の同意を得ているものとみなします。 (✓が無い場合においても、分析試料が届き特段のご連絡が無い場合は、同意があったものとみなします。)	
ご依頼者 (報告書・請求書送り先)	名称(貴社名)		
	郵便番号	〒	
	ご住所		
	ご担当者		
	電話番号 <small>(固定電話番号必須)</small>		
	FAX番号		
	メール		
検査の項目	<input type="checkbox"/> 51項目 飲用井戸等給水開始前等の検査項目 <input type="checkbox"/> 26項目 食品衛生法に基づく食品製造用水の検査 <input type="checkbox"/> 22項目 透析液清浄化ガイドラインによる透析用水管理基準検査 <input type="checkbox"/> 28項目 ビル管理法28項目(ビル管理法16項目+消毒副生成物12項目) <input type="checkbox"/> 23項目 ビル管理法23項目(ビル管理法11項目+消毒副生成物12項目) <input type="checkbox"/> 12項目 消毒副生成物の検査項目 <input type="checkbox"/> 16項目 ビル管理法16項目(6か月に1回の検査項目) <input type="checkbox"/> 11項目 ビル管理法11項目(省略不可能な検査項目(6か月に1回の検査項目)) <input type="checkbox"/> 13項目 飲用井戸等の定期検査項目 <input type="checkbox"/> 39項目 原水基準項目 <input type="checkbox"/> 2項目 クリプトスポリジウム指標菌(大腸菌、嫌気性芽胞菌) <input type="checkbox"/> 2項目 クリプトスポリジウム、ジアルジア <input type="checkbox"/> 44項目 ミネラルウォーター類(殺菌・除菌有)の成分規格 <input type="checkbox"/> 15項目 ミネラルウォーター類(殺菌・除菌無)の成分規格 <input type="checkbox"/> 8項目 冷温水・冷却水(循環水) 基準項目 <input type="checkbox"/> 7項目 冷温水・冷却水(循環水) 参考項目 <input type="checkbox"/> 28項目 排水 健康項目(有害物質項目) <input type="checkbox"/> 15項目 排水 生活環境項目 <input type="checkbox"/> 27項目 土壌調査(分析) 土壌汚染対策法に基づく土壌の検査 溶出試験 <input type="checkbox"/> 9項目 土壌調査(分析) 土壌汚染対策法に基づく土壌の検査 含有試験 <input type="checkbox"/> その他 ()		
検体(箇所)数			
検査の目的	(例) 自主検査・公的機関への提出用など		
備考欄	採水容器の送り先が異なる場合などはこちらにご記入ください		