

(様式1)

収入証紙貼付欄 (枚数が多い場合は別紙に貼付すること。)

レジオネラ属菌試験 (検査) 依頼書

年 月 日

北海道稚内保健所長 様  
(北海道宗谷総合振興局保健環境部長)

依頼者 (〒 - )  
住所 :

氏名 :

(連絡先電話 : - - )  
(担当者 : )

北海道保健所条例施行規則別表による試験 (検査) を依頼します。

記

1 試験品検査種別

※金額は令和4年 (2022年) 4月1日現在

種 別	単 価 ※	件数	金 額
レジオネラ属菌試験	14,300 円		円
合 計			円

2 試験品情報 (試験品が2つ以上ある場合は、別紙に記載してください。)

① 採水施設名称			
② 採水施設住所			
③ 採水年月日	年 月 日		
④ 採水者名 (所属)			
⑤ 採水場所及び品名			
⑥ その他 (わかる範囲について ご記入ください)	男女の別	男 ・ 女	消毒・殺菌等の有無
	残留塩素	mg/L	有 ・ 無
	pH		方法、頻度、 濃度
	水温	℃	
	水道水・温泉水 等の別		採水前消毒日
	浴槽水の換水頻度		月 日
	全換水の有無等	有 ・ 無	循環ろ過の有無
	採水前換水日	月 日	ろ材の種類
	浴槽の清掃頻度		ろ材の清掃頻度
	採水前清掃日	月 日	ろ材の交換頻度
			前回交換年月日
		年 月 日	
		配管の材質	
		その他 (泉質等)	

注意事項：提出された試験品は返却しません。成績書発行後の、記載事項の変更は出来ません。