

(様式1)

収入証紙貼付欄

書類作成者

貼付金額

円

### 試 験 ( 検 査 ) 依 頼 書

令和 年 月 日

北海道上川保健所長 様  
(上川総合振興局保健環境部長)

(〒 - )

依頼者 住所

氏名

(連絡先電話: - - )

北海道保健所条例施行規則別表による次の試験(検査)を依頼します。

#### 1 試験(検査)種別

種 別	単 価	件 数	金 額	備 考
レジオネラ属菌試験	14,300円		円	
			円	
合 計			円	

2 採水施設名称: .....

3 採水施設住所: .....

4 採水年月日: .....

5 採水者名: ..... 所属: .....

6 採水場所及び品名: .....

7 その他:以下について、わかる範囲で記入してください。

男 女 の 別 ( )	採 水 前 消 毒 日 ( )
残 留 塩 素 ( )	循 環 ろ 過 の 有 無 ( )
p H ( )	ろ 材 の 種 類 ( )
水 温 ( )	ろ 材 の 清 掃 頻 度 ( )
水道水・温泉等の別 ( )	ろ 材 の 交 換 頻 度 ( )
浴槽水の換水の頻度 ( )	前 回 交 換 年 月 日 ( )
全 換 水 の 有 無 等 ( )	配 管 の 材 料 ( )
採 水 前 換 水 日 ( )	そ の 他 ( 泉 質 等 ) ( )
浴 槽 の 清 掃 頻 度 ( )	}
消 毒 ・ 殺 菌 等 の 有 無 ( )	
方 法 ・ 頻 度 ・ 濃 度 ( )	